

# JUBILÉ DES ANNALES

## MÉMOIRES ORIGINAUX

### I

#### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SINUSITES FRONTO-MAXILLAIRES

Par **LUBET-BARBON** et **Francis FURET**

#### CHAPITRE PREMIER

##### INTRODUCTION

L'inflammation des cavités accessoires du nez, à peu près inconnue avant les travaux de Ziem de Dantzig, est devenue en ces derniers temps, grâce aux nouveaux procédés opératoires proposés par Luc, une question des plus intéressantes. On considérait autrefois les malades atteints de sinusites comme des raretés. Aujourd'hui, ils se rencontrent en grand nombre à nos consultations, et c'est là un fait qui signifie non pas que l'inflammation des sinus est devenue plus fréquente, quoique la répétition des épidémies de grippe favorise singulièrement l'éclosion des sinusites, mais que nous avons amélioré notre outillage et nos méthodes d'examen, et surtout que nous nous appliquons avec plus de soin à établir le point de départ des diverses suppurations nasales. Et ce sera le grand honneur de Luc d'avoir, par ses travaux sur la cure radicale de l'empyème frontal <sup>(1)</sup> et de l'empyème maxillaire <sup>(2)</sup> inté-

(1) Luc. — Soc. fr. d'Otol., Laryng., Rhinol., 1896.

(2) Luc. — Soc. fr. d'Otol., Laryng., Rhinol., 1897.

ressé et ramené à l'étude de ces questions tous ceux qu'avaient découragés les nombreux échecs des traitements en faveur avant lui.

Le tableau tiré de la statistique de la clinique de MM. A. Martin et Lubet-Barbon, durant les cinq dernières années, est bien intéressant à cet égard :

Années	Nombre total des malades	Sinusites maxillaires	Sinusites frontales	Empyèmes fronto maxillaires
1894	1494	3	2	»
1895	1468	8	»	»
1896	1461	6	2	»
1897	1340	13	»	»
1898	1468	9	1	7

Il est possible que ce pourcentage continue sa marche ascendante dans les années qui suivront, à mesure que nous perfectionnerons nos moyens d'investigation. Il se peut en effet que des sinusites soient encore méconnues par nous, malgré toute l'attention que nous mettons à les rechercher, témoin le malade qui fait le sujet de notre observation xx, chez lequel nous n'avons diagnostiqué l'empyème maxillaire que plus de cinq mois après sa première consultation à la clinique ! Il résulte de cela que nous ne saurions rien écrire encore de définitif, la question qui nous occupe étant loin d'être entièrement élucidée. Nous avons pensé toutefois qu'il y aurait intérêt à dire ce que nous ont appris nos recherches et notre expérience. Nous avons volontairement limité notre étude aux sinusites maxillaire et frontale, et en particulier à l'empyème fronto-maxillaire vrai dont la pathogénie et la symptomatologie nous semblent inséparables. Nous n'avons pas pour but de faire une étude complète, nous voulons seulement exposer les réflexions que nous ont suggérées notre pratique.

## CHAPITRE II

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Un fait d'observation courante retient tout d'abord notre attention, c'est qu'on voit souvent la sinusite maxillaire isolée, tandis qu'on voit rarement au contraire la sinusite frontale exister seule sans que l'autre d'Highmore participe à l'inflammation. Ce fait, joint à la situation anatomique des deux sinus l'un par rapport à l'autre, ferait volontiers induire que la suppuration frontale descend d'ordinaire à l'étage inférieur infecter le sinus maxillaire. La gouttière de l'infundibulum qui réunit les deux cavités paraît tout à fait disposée pour amener ce résultat. L'un de nous <sup>(1)</sup> a publié récemment deux cas, dont l'un appartient à M. Luc, dans lesquels un empyème frontal se vidait dans le sinus maxillaire, simulant ainsi un empyème fronto-maxillaire vrai. Voici résumée l'observation personnelle :

OBS. I. — M<sup>me</sup> V., 29 ans, éprouve de vives douleurs sus et sous-orbitaires gauche depuis trois semaines et mouche du pus du même côté.

Premier examen le 28 juillet 1898. Cornets inférieurs et moyens hypertrophiés en « frai de grenouille ». Pus épais, crèmeux, dans le méat moyen. Douleur à la pression au niveau du sinus frontal.

Denture très mauvaise. Toutes les dents supérieures sont tombées par morceaux, et les racines demeurent indolentes dans les alvéoles.

Opacité fronto-maxillaire gauche.

Ponction exploratrice dans le méat inférieur. Le lavage ramène quantité de pus fétide. Nettoyage du méat moyen. Quelques minutes après, le méat moyen est à nouveau rempli de pus.

La double opération est fixée au 9 juillet.

Grâce à un simple hasard, l'oubli d'un instrument et le manque de catgut, on ne peut intervenir ce jour là que sur le sinus frontal qui fut trouvé rempli de pus et de fongosités, et opéré par la

(1) FURET. — Empyème frontal se déversant dans le sinus maxillaire. *Archiv. de Laryng.*, 1898, p. 553.

méthode Luc, avec cette seule différence qu'on ne laissa pas de drain à demeure. On profita du sommeil chloroformique pour faire dans le méat inférieur une vaste perforation à l'aide d'un gros trocart.

Dès le lendemain, lavage du sinus maxillaire par cette ouverture avec de l'eau phéniquée faible.

*Ce lavage pratiqué chaque jour, pour éviter l'infection du sinus frontal, ne ramène pas de pus dès le 13 juillet. L'opération qu'on avait fixé au 16 juillet, est remise « sine die ».*

Jusqu'au 26 juillet, la malade est observée journellement. Les lavages, espacés de plus en plus, démontrent l'absence complète de suppuration.

En février 99, la guérison s'était maintenue.

**Voici une seconde observation où l'écoulement du pus du sinus frontal dans le sinus maxillaire est évident :**

obs. II. — M. L., opéré de sinusite maxillaire par trépanation alvéolaire double en 1892. Les deux sinus avaient été trépanés avec de larges couronnes d'au moins un centimètre de diamètre, de manière qu'il était possible, non seulement d'inspecter toute la cavité des sinus, mais encore de pratiquer soit des cautérisations, soit des curettages partiels.

Malgré toutes les tentatives, la suppuration continua de telle façon que la malade était obligé de faire deux lavages par jour et que, le soir, lorsqu'il enlevait son obturateur, il coulait un flot de pus crèmeux et fétide. Ces symptômes étaient surtout marqués du côté droit : à gauche, le sinus suppurait moins et le pus était moins fétide.

Le malade avait en même temps du catarrhe nasal et était sujet à des poussées aiguës du côté de la muqueuse. Pendant ces poussées, les sinus ne donnaient que peu de pus, et cependant le malade mouchait du pus en abondance. Ce fait rendit suspects les sinus frontaux. *L'éclairage montra le sinus du côté droit opaque.*

On en conclut qu'il existait un empyème frontal droit se vidant dans le sinus maxillaire du même côté et causant ainsi cette abondante suppuration, tant que l'orifice naturel de l'autre d'Higmore était libre. Lorsque, par suite de l'inflammation de la pituitaire cet orifice était bouché, aussitôt l'écoulement se faisait directement par le nez.



Il a malheureusement été impossible de persuader à ce malade de laisser opérer son sinus frontal, aussi la suppuration à droite ne s'est pas modifiée, tandis qu'à gauche elle est à peu près tarie.

Ces observations se passent de longs commentaires. On remarquera dans la première, où l'affection s'est terminée par la guérison, que la muqueuse du sinus maxillaire a toléré longtemps, cette infection venue du sinus voisin sans en être incommodée pour son propre compte. Le sinus maxillaire contenait bien du pus, mais du pus qu'il n'avait pas produit lui-même, de sorte qu'on peut dire de ces abcès maxillaires qu'ils sont en réalité de véritables abcès par congestion.

La tolérance toute particulière de la muqueuse de l'antré d'Highmore a déjà été signalée par Aguilhon de Sarran, cité par Luc <sup>(1)</sup>. Cet auteur rapporte avoir observé une femme, dont le sinus avait été tamponné avec une masse d'ouate du volume d'une petite orange à travers un trajet fistuleux alvéolaire, et chez qui les phénomènes inflammatoires provoqués par ce corps étranger ne se manifestèrent qu'au bout de dix-huit mois.

Le faible pouvoir réactionnel de la muqueuse maxillaire nous porte à croire qu'un autre facteur est nécessaire pour en amener l'inflammation, et qu'il ne suffit pas pour l'infecter qu'il serve de poche diverticulaire à l'écoulement frontal. Nous sommes disposés à admettre que, dans l'empyème fronto-maxillaire vrai, c'est la muqueuse de la fosse nasale qui a été la première malade, et que l'inflammation, partie de là, s'est propagée en même temps, et de muqueuse à muqueuse, aux deux cavités voisines cette origine nasale de l'empyème fronto-maxillaire est, croyons-nous, la plus fréquente. Il est pourtant des cas où l'inflammation a suivi la route inverse. Lenhardt <sup>(2)</sup> du Havre, en a récemment publié deux observations intéressantes. Lermoyez <sup>(3)</sup> en aurait aussi observé trois

<sup>(1)</sup> LUC. — Revue critique des abcès du sinus maxill. *Arch. de laryng.*, 1889, p. 209.

<sup>(2)</sup> LENHARDT. — Infection du sinus frontal par la sinusite maxillaire. *Revue hebdomadaire de laryng.*, 1898, p. 1201.

<sup>(3)</sup> LERMOYER. — *Arch. de laryng.*, 1898, p. 578.

cas. De notre côté nous avons pu voir un abcès dentaire donner naissance à un empyème fronto-maxillaire type, et l'empyème frontal guérir sans intervention, après guérison de l'empyème maxillaire.

obs. III. — M<sup>me</sup> Ch., 40 ans, vient me voir le 20 décembre au sujet de sa fille, et me consulta incidemment sur le fait qu'elle mouchait du pus par la narine droite depuis trois semaines, pus fétide surtout le matin. Cet accident lui est survenu en même temps qu'une périostite alvéolo-dentaire et un abcès situé au-dessus de la couronne de la première petite molaire droite. Cette dent est cassée et un point de carie a été obturé par du plomb.

Pus abondant dans le méat moyen.

Opacité maxillaire droite.

Opacité frontale très nette à droite.

J'invite M<sup>me</sup> Ch., à se faire enlever la dent incriminée, faisant des réserves sur l'étiologie dentaire à cause de l'opacité du sinus frontal.

La dent étant enlevée, il m'est facile de pénétrer dans le sinus par effraction à l'aide d'un stylet poussé au fond de l'alvéole, le pertuis n'avait pas été fait par l'extraction de la dent. Le pus s'écoule très abondant et fétide à la sortie du stylet.

L'orifice est agrandi et je conseille à M<sup>me</sup> Ch., de se faire tous les jours par l'alvéole un lavage à l'eau salée, sans me faire grande illusion sur le résultat probable de ce traitement.

Trois semaines après, l'eau du lavage ressort limpide. *La transparence frontale est normale*, la transparence maxillaire est un peu moins nette qu'à gauche, mais beaucoup plus claire qu'à notre premier examen.

Les lavages sont interrompus. La suppuration n'a pas reparu.

L'abcès dentaire a donc été là la cause d'un empyème maxillaire d'abord, puis d'un empyème frontal, lequel a guéri par le traitement du seul sinus maxillaire, comme dans notre observation I la sinusite maxillaire guérit par le traitement du sinus frontal.

Il est bien évident que, dans ce cas, l'inflammation, limitée d'abord à l'alvéole dentaire, a passé dans l'autre d'Highmore pour parvenir à la gouttière de l'infundibulum et gagner enfin en dernière étape le sinus frontal. Comment et dans quelles conditions s'est elle propagée, nous ne saurions l'expliquer de façon satisfaisante. Mais, en constatant que des faits de ce

genre existent, nous pouvons dire qu'il faut compter avec les affections dentaires dans l'étiologie non seulement de la sinusite maxillaire simple, mais aussi de l'empyème fronto-maxillaire constitué avec ses deux foyers. Ces empyèmes frontaux par regorgement guérissent d'ailleurs spontanément quand l'écoulement maxillaire est tari. Nous sommes ainsi amenés à reconnaître des sinusites fronto-maxillaires nasales, que nous croyons être les plus fréquentes, et des sinusites fronto-maxillaires dentaires.

Nous sommes surpris de n'avoir jamais rencontré de sinusites chez des enfants. Nous savons que les sinus frontaux n'existent pas avant l'âge de 8 à 10 ans et qu'ils n'acquièrent de l'importance que vers l'âge très variable de la puberté. Mais les sinus maxillaires existent dès la naissance. On <sup>(1)</sup> a même publié un empyème du sinus maxillaire chez un enfant de 3 semaines. S'il est juste de dire que la cause dentaire manque au moins tant que dure la première dentition, les dents de lait étant dépourvues de racine, on conviendra sans peine qu'il existe fréquemment à cet âge dans le naso-pharynx des causes de suppuration suffisantes pour entraîner la participation des sinus maxillaires à l'inflammation. Les coryzas, les corps étrangers, les végétations adénoïdes surtout devraient, semble-t-il, être des causes ordinaires, banales, d'empyème maxillaire. Il n'en est rien évidemment, car, sur les soixante et un malades qui composent notre statistique, il n'y a pas un seul enfant. Nos plus jeunes malades sont deux jeunes filles de 17 ans, atteintes d'empyème maxillaire. (Obs. xxviii et xxx).

Nous n'avons pas remarqué que le sexe jouât dans l'étiologie un rôle quelconque, pas plus que nous n'avons observé que la sinusite frontale ou la sinusite maxillaire eussent, comme le veulent quelques auteurs, une prédilection pour un côté de la face.

Les progrès réalisés par le traitement sont parallèles aux progrès réalisés par l'observation directe. Ils sont contemporains de nous tous. Chacun y a apporté sa contribution, mais c'est à Luc que revient l'honneur de nous avoir montré la voie.

(1) REDAUX — *Ann. des mal. de l'or*, 1895, p. 339, T. II.

Jusqu'à lui le traitement de la sinusite maxillaire se composait uniquement de la perforation alvéolaire. Le malade crachait du pus au lieu d'en moucher : il ne faisait que changer d'infirmité.

Nous pensons qu'il est des cas où, la sinusite maxillaire étant démontrée, on peut la guérir par des moyens simples, bien entendu à condition qu'elle ne soit pas compliquée ou entretenue par une sinusite frontale. Soit que la sinusite maxillaire fût aiguë, soit qu'elle fût de date très récente, soit qu'elle fût consécutive à un abcès dentaire, nous avons des exemples où cinq ou six lavages, pratiqués par la ponction du méat inférieur, ont fait disparaître toute suppuration. Nous disons pratiqués par le méat, parce qu'il nous a semblé que l'infection de la cavité du sinus par un orifice buccal rendait plus rebelle la sinusite. Aussi est-il de notre pratique ordinaire dans les cas de sinusite maxillaire simple de faire quelques lavages, en faisant comprendre au malade que nous lui offrons par là une chance, petite sans doute, d'éviter l'intervention.

obs. IV. — M<sup>me</sup> D., 39 ans, se présente à la clinique le 24 janvier 99, se plaignant de douleurs dans la tempe et la joue gauche depuis une semaine environ, avec fièvre et mauvais état général. Depuis trois jours, un écoulement fétide a commencé par la narine gauche. La fièvre et la douleur ont disparu à ce moment.

Pus dans le méat moyen gauche,

A l'éclairage toute la joue reste obscure ainsi que la pupille.

Ponction exploratrice. Le pus apparaît dans l'aiguille par l'expérience de Valsalva. Lavage.

Pendant huit jours, de nouveaux lavages sont pratiqués sans résultat. On fixe l'opération au 2 février.

Pour des causes extra-médicales, l'opération ne peut avoir lieu et la malade est renvoyée après un lavage.

Le 4 février, l'état général est très amélioré. *Le lavage ne ramène que peu de pus.*

Le 7, la malade dit n'avoir pas mouché de pus depuis le dernier lavage et n'avoir perçu aucune odeur. Le méat moyen ne présente pas trace de suppuration. L'état général est très bon. L'éclairage donne une légère opacité à gauche, bien moins considérable que le premier jour.

La malade a été revue au milieu de février et à la fin de mars. La guérison s'est maintenue.

OBS. V. — M. L., 45 ans, venu à la clinique le 19 novembre 1896, se plaignant d'un embarras du nez, survenu il y a quatre ou cinq mois à la suite d'une fluxion dentaire, et de cracher du pus.

La denture actuellement est en très bon état.

Le méat moyen droit est rempli de pus.

La ponction dans le méat inférieur, suivie d'un grand lavage donne issue à une quantité de pus fétide.

Le malade revient le 24 novembre. Il se trouve complètement soulagé, il n'a plus craché depuis notre lavage. *Il n'y a plus trace de pus dans le méat moyen.*

Le malade n'a pas été revu.

OBS. VI. — M<sup>me</sup> A., 39 ans, vient le 26 février 99 se plaindre de ressentir depuis un mois des douleurs très vives au-dessous de l'œil gauche.

Quinze jours auparavant, il y avait eu de violentes douleurs dentaires qui avaient nécessité l'ablation de la première grosse molaire de ce côté. A la suite de cette ablation, le sinus maxillaire s'est trouvé ouvert, et le dentiste a pratiqué par cet orifice un lavage du sinus qui a donné issue à beaucoup de pus.

Depuis, on a fait de nombreux lavages qui ont toujours ramené du pus.

Eclairage maxillaire positif. Toute la joue gauche est sombre. Rien du côté du frontal.

Dans la bouche, on trouve l'orifice de la grosse molaire rempli en partie par des bourgeons charnus. On peut cependant introduire un petit cathéter et faire un grand lavage qui ramène beaucoup de pus.

Le 27 février, — c'est-à-dire le lendemain, le malade accuse un mieux très sensible et on a la surprise de trouver *le méat moyen absolument indemne de pus*. Un nouveau lavage, par la même voie, ramène très peu de pus.

Le 1<sup>er</sup> mars. — Lavage après ponction dans le méat inférieur pour laisser fermer l'orifice buccal. On n'obtient qu'un petit flocon plutôt muqueux que purulent.

3 mars. — Peu ou plus de douleurs. Rien dans le méat moyen, rien au lavage.

5 avril. — Guérison s'est maintenue. L'éclairage donne une très légère obscurité à gauche.

OBS. VII. — M<sup>me</sup> A., âgée d'une quarantaine d'années est prise à la fin d'une grippe, et pendant la nuit du 5 mars, de frissons, de fièvre, et de douleur très vive au niveau du maxillaire gauche, avec irradiation vers les os propres du nez et au-dessous de l'oreille gauche. Ces douleurs durent jusqu'au 9 mars, et, à ce moment la malade a la sensation de la rupture d'un abcès, son nez coule et il s'ensuit un certain soulagement.

Nous la voyons le 11 mars et nous trouvons la fosse nasale gauche pleine de pus, la muqueuse est tuméfiée, il est difficile à la malade de se moucher et le pus coule par regorgement.

Douleurs frontale et sous-orbitaire à la pression. Un premier lavage est fait le 15 mars, après constatation d'opacité maxillaire et de transparence frontale. Il ramène une grande quantité de pus, bien lié, tombant en deux ou trois gros paquets.

Les lavages sont répétés les 17, 20, 24, 27 et 30 mars. Ils donnent toujours lieu aux mêmes produits, mais, dans l'inter valle, la malade mouche de moins en moins de pus.

Le 31, le lavage ramène moins de pus. Le 10 avril, l'eau ressort claire.

Le 15 avril, on ne vit pas de pus dans le nez, la malade n'en a pas mouché depuis le 10. Pas de lavage.

Des faits de cette nature nous donneraient une grande confiance dans les lavages, si nous ne savions aussi avec quelle facilité, avec quelle fréquence se produisent les récidives, lorsque la muqueuse du sinus n'a pas été soigneusement et profondément curettée. La guérison paraît certaine, elle peut n'être que provisoire, et, après plusieurs mois de fausse sécurité, la suppuration peut se montrer de nouveau :

OBS. VIII. — M. F., 53 ans, vient à la Clinique en mars 98. Il a depuis trois ans une sinusite maxillaire gauche qui a été ouverte, par l'alvéole en 1895, avec pose d'un drain métallique.

Pendant un an, jusqu'à la fin de 1896 environ, le malade a fait des lavages quotidiens à travers l'orifice alvéolaire. A ce moment, la suppuration a paru tarie au point que les lavages ont été supprimés et qu'on a enlevé aussi le drain métallique. La plaie buccale s'est rapidement fermée.

Pendant plus d'un an la guérison a paru parfaite et définitive. Il y a un mois seulement que, sans cause connue, la suppuration a reparu par la narine gauche.

Le méat moyen du même côté est rempli de pus. La denture est mauvaise.

On propose au malade la cure radicale. On ne le revoit plus à la Clinique.

Lorsque nous voyons que la suppuration ne se modifie pas après quelques lavages, nous recourons à l'opération radicale, telle que l'a proposée et exécutée Luc, avec les modifications de détail que nous a suggérées notre pratique.

Tout d'abord nous supprimons le drain, aussi bien dans la sinusite frontale que dans la sinusite maxillaire. Nous pensons en effet qu'il est inutile. Nous partons de ce principe que les fongosités seules peuvent produire du pus et que le curettage complet de la cavité malade met sûrement à l'abri de la récurrence. Nous disons donc : ou bien ce sinus a été cureté soigneusement et complètement et alors il ne se produira pas de suppuration nouvelle, ou bien le curettage aura été insuffisant, il restera des fongosités et l'opération sera à recommencer. Dans les deux cas, le drain ne peut agir utilement. Nous ne manquons pas d'ailleurs dans la sinusite frontale de curetter longuement et d'agrandir largement le canal fronto-nasal pour laisser aux sécrétions qui suivent l'intervention un débouché suffisant. Notre procédé au reste, peut se juger par nos résultats : sur huit sinusites frontales opérées par nous sans drainage, nous n'avons pas observé une seule récurrence.

De même, dans la sinusite maxillaire, nous créons dans le méat inférieur une large voie de communication avec la fosse nasale. Nous avons essayé de supprimer cette ouverture dans le méat, estimant qu'elle est indifférente au point de vue de la récurrence. Cela ne nous a pas donné de bons résultats immédiats. La rétention de sécrétions et de sang dans une cavité close nous a obligés à des lavages plus fréquents et plus pénibles, et nous a fait redouter dans un cas une récurrence qui d'ailleurs n'est pas survenue (obs. x). Aussi maintenant faisons-nous un hiatus aussi large que possible. L'un de nous (Lubet-Barbon) a fait construire dans ce but un instrument qui n'est autre chose que la double curette de Heryng montée sur un manche droit. Nous faisons la perforation comme l'a

indiqué Luc à la partie la plus antérieure du méat inférieur, à l'aide de la gouge et du maillet, et nous la complétons avec le bistouri en ce qui concerne la muqueuse. Lorsque la place est suffisante pour introduire la double curette, nous agrandissons dans tous les sens et à notre volonté cet orifice artificiel. Nous ne pensons pas qu'il soit utile de sacrifier tout ou partie du cornet inférieur. L'orifice que nous pratiquons, occupant toute la hauteur du méat inférieur et une longueur de un à deux centimètres environ, nous a toujours paru suffisant pour amener l'écoulement des sécrétions post-opératoires. Quant aux lavages que pratique Luc dans les jours qui suivent l'opération nous nous en sommes abstenus pendant une assez longue période. Nous y sommes revenus parce que nous avons eu quelques accidents, tels que la rupture d'un ou deux fils de la suture gingivale et la réouverture de la plaie buccale. Nous avons observé aussi après le curettage du sinus maxillaire, non suivi de lavage, la formation dans l'intérieur de la cavité d'une sécrétion séro-purulente, roussâtre, d'odeur infecte, accident qui céda d'ailleurs à quel ques lavages répétés.

obs. ix. — M. S., 36 ans, 1<sup>er</sup> juin 1897, mouche du pus sans cause connue depuis environ six mois ; sensation d'obstruction nasale et de mauvaise odeur subjective et constante surtout après les mouchages.

Pus dans le nez et le méat moyen gauches.

A l'éclairage, opacité maxillaire gauche, *opacité du sinus frontal gauche*.

Opéré en deux temps. Le 15 avril, sinus frontal : Le sinus est très difficile à trouver dans une masse osseuse très épaisse. On le rencontre enfin, très petit, limité à une étroite cellule le long de la ligne médiane, et on n'y trouve *ni pus, ni fongosités*. Il communique d'ailleurs largement avec celui de droite qui est également sain. Il est impossible de pénétrer dans la fosse nasale gauche par l'infundibulum, même avec un mince stylet, tandis qu'on pénètre très librement dans la droite par le sinus droit.

Quinze jours plus tard, opération du sinus maxillaire, qui est plein de pus et de granulations.

*Pas de lavages consécutifs.*

*Il se produit un abcès autour d'un fil buccal, avec du pus très*



fétide s'écoulant par le nez. Après quelques lavages par la fissure buccale, tout est rentré dans l'ordre.

Au 1<sup>er</sup> mars 99, la guérison s'est maintenue.

OBS. X. — M<sup>me</sup> Pr., 35 ans.

*Juillet 1898.* — Se plaint de moucher du pus par la narine gauche depuis un an environ. Elle est toujours enrhumée du cerveau depuis une attaque d'influenza datant de plus de deux ans. A été soignée à cette époque pour du catarrhe nasal. Pas de mauvaise odeur subjective, sauf par moments à l'occasion de certains mouvements. Nez très étroit, pus dans le méat moyen gauche autour d'une granulation polypoïde.

Opacité du sinus maxillaire gauche. Peu de transparence et impossibilité d'appréciation pour les sinus frontaux. Par la ponction suivie du lavage, on évacue le pus du sinus maxillaire et on ne le voit pas reparaitre dans le méat moyen.

Opération sur le sinus maxillaire le 15 octobre, sans incidents particuliers. L'orifice pratiqué dans le méat inférieur est trop petit. Tout va bien les premiers jours, pas de suppuration, pas de gonflement de la joue.

*On ne fait pas de lavages.*

Le 35 octobre, *sensation de mauvaise odeur* perçue par la malade et *mouchage assez abondant de pus sanieux*. Par le lavage, on fait sortir de la sérosité roussâtre mélangée de pus d'odeur infecte.

Les lavages, très difficiles à faire par le petit orifice artificiel, sont répétés chaque jour et donnent le même résultat.

Le 2 novembre, nous nous proposons de réopérer la malade en complétant l'opération par l'ouverture du sinus frontal. Nous pensions en effet que ce dernier pouvait avoir infecté le sinus maxillaire. Mais ce jour-là même le lavage donna beaucoup moins de pus. L'amélioration s'accrut rapidement et au bout de quelques jours, le liquide ressortait clair.

M<sup>me</sup> Pr., revue tous les quinze jours jusqu'en janvier dernier, est complètement guérie.

Ces accidents ont donc modifié nos sentiments en ce qui concerne les soins à donner après l'opération. Nous avons maintenant largement recours aux lavages et les pratiquons tous les jours, au moins pendant les quatre ou cinq jours qui suivent l'intervention. Nous nous servons d'une sonde d'Itard

ordinaire dont le bec est poussé dans le sinus à travers l'orifice artificiel. L'eau du lavage est de l'eau bouillie tiède légèrement phéniquée ou formolée à 1/2000°.

Nous avons opéré 17 sinusites maxillaires par la méthode de Luc. Sur ce nombre, nous avons eu 3 récides que nous ne saurions expliquer d'une manière satisfaisante. Disons toutefois que, dans ces 3 cas fâcheux, il n'y a pas eu d'opération sur le sinus frontal, ce qui pourrait nous faire supposer la présence d'un empyème frontal méconnu se vidant dans le sinus maxillaire et l'infectant. A ce point de vue, l'observation XII est très intéressante, puisque du côté droit, où l'opération fronto-maxillaire a été faite, il n'y a pas eu de récide, tandis que du côté gauche où le frontal a été respecté, la récide maxillaire s'est produite.

OBS. XI. — M. T., 49 ans.

20 février 1898. — Mouche du pus depuis une dizaine d'années des deux côtés, mais surtout du côté gauche. A déjà été soigné pour un catarrhe nasal pendant très longtemps sans amélioration appréciable. Fait constamment des lavages du nez avec le siphon de Weber. Depuis deux ou trois mois, a des douleurs dans toute la face du côté gauche, et une sensation de mauvaise odeur presque constante. Il se plaint d'avaler sans cesse des mucosités qui tombent dans son pharynx. *Teint jaune, fatigue générale, impossibilité de se livrer au moindre travail.* Vomissements fréquents, surtout le matin, qu'il faut sans doute attribuer aux efforts que fait le malade pour expulser les mucosités séchées dans son pharynx. La denture est en très mauvais état.

Atrophie des cornets inférieurs, peut-être due aux cautérisations qu'on a pratiquées. Pus dans le méat moyen gauche.

L'éclairage par transparence fait très nettement conclure à une sinusite maxillaire gauche. L'éclairage frontal est plus douteux, les deux sinus s'éclairant très mal.

Ponction dans le méat inférieur suivie de lavage et de nettoyage du méat moyen. Une demi-heure après, le méat moyen est retrouvé indemne de pus, mais l'hypertrophie de la tête du cornet moyen ne permet qu'une inspection défectueuse.

12 mars. — Opération très laborieuse à cause de l'énorme quantité de sang que donnent les fongosités du sinus. Curettage complet. Petit orifice créé dans le méat inférieur.

Pas de lavages consécutifs. Le malade sort guéri une dizaine de jours après.

Le malade quitte Paris et revient au bout de quinze jours. Il mouche encore du pus et il y a dans sa cicatrice buccale un petit pertuis par où le Valsalva fait sortir un pus jaune et très liquide, non odorant. L'ouverture buccale est agrandie et quelques lavages sont pratiqués par cet orifice pendant quelque temps.

Il ne se produit aucune amélioration. Le malade est réopéré le 22 mai. En deux mois, le sinus s'est à nouveau rempli de fongosités et nous en trouvons plus peut-être que la première fois. De crainte d'un nouvel insuccès, la plaie buccale est laissée ouverte après l'opération et le malade tamponné.

Par cette plaie buccale, la cavité du sinus peut être inspectée et les fongosités qui repoussent dans l'angle antérieur du sinus peuvent être réprimées. Mais le malade est astreint à des pansements tous les deux jours. Quelques nouveaux curettages de l'angle antérieur sont même nécessaires.

Le malade, revu en janvier 99, ne suppure plus ni par le nez, ni par le sinus. Son orifice buccal, réduit par une suture avec avivement aux deux extrémités, permet encore d'inspecter le sinus. Aux repas, le malade applique un tampon d'ouate sur cet orifice pour éviter la pénétration des aliments dans la cavité.

obs. XII. — M<sup>me</sup> Alb., 49 ans.

23 avril 98. — Mouche du pus depuis quinze ans. Pas de douleurs. Le méat moyen droit est rempli de pus. Il n'y en a pas à gauche.

L'éclairage est peu concluant. Les deux sinus maxillaires paraissent également transparents, et la malade a des deux côtés la même sensation lumineuse. Les pupilles ne sont pas éclairées.

Du côté des sinus frontaux, on trouve une opacité très nette à droite. La percussion à ce niveau n'est pas sensible. La ponction exploratrice faite dans les deux maxillaires montre la présence de pus fétide des deux côtés. Après nettoyage du méat maxillaire droit, on voit le pus reparaitre au même point.

Diagnostic d'empyème fronto-maxillaire droit et d'empyème maxillaire simple à gauche.

24 mai. — Opération fronto-maxillaire droit, sans incidents. Les deux sinus sont trouvés remplis de pus et farcis de fongosités. Guérison rapide et complète.

28 juin. — Opération maxillaire gauche. Beaucoup de pus et de granulations.

**30 juin.** — La malade se plaint de douleurs et de mauvaise odeur à gauche. Le lavage ramène du pus et des débris très fétides.

Malgré de nombreux lavages, pratiqués d'abord deux fois par jour, puis tous les jours, *la suppuration a persisté à gauche.*

La malade, revue en février 99, est complètement guérie à droite, tandis que le sinus maxillaire gauche fournit toujours du pus.

OBS. XIII. — M. M. 22 ans.

**10 novembre 1897.** — Sinusite maxillaire gauche, datant de 5 ans, et ouverte par l'alvéole de la deuxième molaire il y a 3 ans. A la suite de l'opération, l'orifice a été maintenu ouvert par une simple cheville en bois entourée de coton. Le malade se fait par moments des lavages qui ramènent toujours de grandes quantités de pus fétide.

Aujourd'hui, pendant son déjeuner, le malade a senti son obturateur filer dans le sinus.

Pas de pus dans le méat moyen. A l'éclairage, opacité très nette à gauche. Les deux sinus frontaux sont éclairés également.

En introduisant un stylet à travers l'orifice alvéolaire, on ne trouve pas le corps étranger.

Pose d'un drain métallique. Lavages.

Pendant plus de deux mois, le malade fait des lavages deux fois par jour, sans parvenir à diminuer une suppuration incessante et fétide.

**6 février.** — Opération. Au milieu d'énormes masses de granulations, on trouve le corps étranger couché dans le sillon alvéolaire. Le curettage est difficile à cause de la grande quantité de sang fourni par les granulations.

Pas de lavages consécutifs.

Tout alla bien pendant deux jours. Au troisième jour, douleurs très vives occupant tout le côté gauche de la tête et survenant par crises. Gonflement considérable de la joue, et œdème de la paupière inférieure. Odeur infecte de l'haleine nasale. Le lavage par l'orifice du méat inférieur ramène, au milieu du pus, des débris noirâtres d'odeur repoussante. On attribue ces accidents à du sphacèle causé par la solution de chlorure de zinc à 1/5, dont toute la cavité avait été largement badigeonnée.

Pendant deux jours, malgré des lavages répétés, l'état ne se modifie pas, sans que la température d'ailleurs dépasse à aucun moment 37,8. On ouvre alors la plaie buccale et des lavages sont

pratiqués par le malade toutes les trois heures. A partir de ce moment, l'amélioration fit des progrès rapides. La suppuration diminua pour cesser complètement vers le 20 février. La plaie buccale se réunit et se ferma d'elle-même très rapidement.

23 mars. — La suppuration a recommencé depuis cinq jours. La plaie buccale est rouverte au bistouri sous la cocaïne et le sinus tamponné à la gaze iodoformée.

Pendant toute la durée du mois d'avril, le sinus fut nettoyé et tamponné chaque jour. La suppuration persistant, on se décida à réopérer.

10 mai. — Nouvelle opération. L'orifice de trépanation du sinus est largement agrandi à la pince coupante. La cavité est trouvée remplie de *fongosités plus abondantes qu'à la première intervention*. L'orifice de communication avec le nez est agrandi au point d'occuper presque toute la longueur du méat inférieur.

Peu de chlorure de zinc. Cavité tamponnée à la gaze iodoformée. Plaie buccale non suturée.

Le tamponnement est enlevé le lendemain.

Pas de lavages.

Tout va bien, pas de douleurs, pas de gonflement de la joue.

16 novembre. — La guérison sembla parfaite pendant quatre mois. Vers le milieu de septembre, à l'occasion d'un rhume de cerveau, semble-t-il, la suppuration a reparu. Tous les matins, M., mouche une grande quantité de pus non odorant. A l'examen, on ne voit pas de pus dans le nez. Il paraît certain que tout s'écoule facilement au matin par le large orifice du méat inférieur. Un lavage ramène seulement un petit flocon de muco-pus.

A l'éclairage le croissant palpébral gauche est obscur. Le malade a des deux côtés la même sensation lumineuse.

18 janvier 99. — Même état. Le malade mouche beaucoup de pus le matin, mais il se trouve très soulagé et n'a en somme pas d'autres inconvénients que ce mouchage un peu abondant, mais sans odeur.

Contrairement à notre pratique ancienne, nous faisons maintenant en une seule séance, la cure radicale de l'empyème fronto-maxillaire. Nous commençons par le sinus maxillaire. Lorsqu'il est curetté soigneusement et que l'ouverture nasale a été faite, avec les grandes dimensions que nous avons eu déjà l'occasion de signaler, nous tamponnons serré toute la cavité avec de la gaze iodoformée. Ce tamponnement provisoire à le

grand avantage d'éviter tout écoulement de sang ou de pus qui viendrait infecter la cavité curettée pendant que nous intervenons sur le sinus frontal. Nous faisons donc en toute tranquillité le curettage du sinus frontal et nous terminons complètement l'opération de ce côté. Nous revenons ensuite et en dernier lieu au sinus maxillaire. Le tamponnement nous a valu une hémostase parfaite qui nous permet d'inspecter encore une fois et dans d'excellentes conditions toute l'étendue de la cavité avant de suturer la plaie buccale. Il nous a été donné, par ce moyen, de trouver à la dernière minute une granulation qui avait échappé à notre premier curettage; ce tamponnement provisoire a encore pour résultat, en donnant une hémostase parfaite, d'empêcher dans les jours qui suivent toute cause de putréfaction.

### CHAPITRE III

#### SINUSITES AIGUES

Les sinusites aiguës sont peu connues de nous, attendu que nous avons rarement l'occasion d'en observer. C'est en effet le plus souvent avec un catarrhe nasal aigu, au cours de la grippe, ou à l'occasion d'une affection dentaire que naît et se développe la sinusite aiguë, de telle sorte qu'elle reste confondue avec la maladie causale, et appartient ainsi plus à la médecine générale qu'à la spécialité. Il est vraisemblable qu'elle passe le plus souvent inaperçue et qu'elle disparaît spontanément, dans la majeure partie des cas, avec la maladie qui lui a donné naissance. Nous sommes disposés à admettre que, en règle générale, elle accompagne le catarrhe nasal simple, à un degré plus ou moins prononcé, et que la gêne et la douleur parfois si vives qu'on observe au cours d'un simple coryza ne sont autre chose que la manifestation de l'affection sinusienne.

Dans la sinusite aiguë, maxillaire ou frontale, c'est le phénomène douleur qui domine, douleur qui peut être limitée aux régions sus-orbitaires et jugales, ou bien envahir tout un côté de

la face et de la tête en prenant les allures et la marche d'une névralgie dentaire ou d'une névralgie du trijumeau. La céphalalgie peut être très marquée ; elle siège le plus souvent au front, parfois à la nuque. On peut observer en même temps un état de dépression, d'obnubilation qui peut faire croire à une complication cérébrale.

OBS. XIV. — Guil., 44 ans.

18 avril 95. — Le malade se plaint d'avoir été pris, il y a onze jours, sans cause connue et subitement, d'un violent mal de tête du côté gauche.

Le lendemain matin, il trouve son oreiller taché en de nombreux endroits par du pus qui coulait en abondance par sa narine gauche.

Depuis ce temps, la céphalalgie est continue. Les douleurs sont particulièrement vives au niveau de la tempe gauche et au-dessous de l'œil du même côté.

Le méat moyen gauche est rempli de pus. Il n'y a aucune autre lésion objective du nez, ni du pharynx.

A l'éclairage, obscurité très nette de toute la joue et de la pupille gauches.

Le malade n'a pas été revu.

Parfois la douleur s'accompagne d'un gonflement de la joue du côté malade, tout à fait analogue à une fluxion dentaire.

OBS. XV. — M<sup>lle</sup> G. 29 ans.

25 février 1897. — Depuis huit jours, souffre de névralgie dentaire droite qui l'a poussée à demander l'ablation de la première grosse molaire du même côté, il y a trois jours. Elle se plaint en outre de moucher du pus en abondance.

On remarque tout d'abord, une tuméfaction notable de la joue gauche, semblable à une fluxion dentaire. Les douleurs sont surtout sous-orbitaires, elles ne sont pas modifiées à la pression. Il n'y a pas de douleur dentaire localisée.

La narine droite est pleine de pus fétide. Après nettoyage, le pus se voit surtout dans le méat moyen.

Il est facile de pénétrer dans le sinus par l'alvéole. On pratique

par cette voie des lavages assez réguliers. Au bout de dix jours, la tuméfaction avait disparu.

Au 29 avril, on ne voit plus de suppuration dans le nez et l'eau de lavage ressort propre.

Du côté des fosses nasales, les symptômes sont ceux du coryza aigu, chatouillements, sécheresse, obstruction plus ou moins marquée. Aucun écoulement d'abord, car les orifices naturels des sinus sont fermés par le gonflement de la muqueuse pituitaire. Mais lorsque l'inflammation commence à diminuer et que par suite les orifices des sinus redeviennent libres, il se produit un écoulement citrin plus ou moins abondant, tout à fait indépendant du muco-pus secrété par la fosse nasale. Nous avons vu dans deux cas ce liquide se coaguler rapidement à l'air et prendre l'aspect du blanc d'œuf.

ONS. XVI. — M. L., 30 ans.

15 février 1898. — Se plaint de douleurs névralgiques du côté gauche de la face, ayant été précédées d'un rhume de cerveau datant au moins d'un mois. Impossibilité de travailler, mouchage de muco-pus.

A été trouver un dentiste qui, ayant trouvé les dents saines, nous l'a envoyé.

Pus dans le nez. Après nettoyage, on ne trouve pas plus spécialement de pus dans le méat moyen.

La transparence est inférieure du côté gauche, sans opacité complète.

Eclairage des frontaux normal.

Ponction par le méat inférieur. Par le Valsalva, il coule au travers de l'aiguille un liquide clair, légèrement citrin qui, reçu dans un verre, s'y coagule en partie. L'examen du coagulum montrera qu'il est formé de fibrine, emprisonnant quelques globules blancs. Lavage du sinus au formol au 1/000.

18 février. — Nouvelle ponction, pas de liquide par le Valsalva. Lavage. Le nez en même temps est nettoyé et la muqueuse aseptisée autant que possible. Le malade mouche moins et n'a plus de névralgie.

Trois mois après, le malade est revu. Il ne mouche plus rien d'anormal et n'a plus de douleurs. La transparence est à peu près égale des deux côtés.



obs. xvii. — M. Soub., 28 ans.

31 janvier 98. — Souffre depuis deux jours de douleurs siégeant à la face et au niveau de la joue gauche, à la suite d'un fort rhume de cerveau qui dure depuis le commencement de l'hiver. Pas d'état général.

La veille, le malade s'est fait arracher de ce côté une dent malade, à laquelle il attribuait une part dans sa névralgie. On ne peut pénétrer dans le sinus par l'alvéole. Pas de pus dans le méat moyen, après nettoyage du nez encombré de mucosités.

Diminution de la transparence du côté gauche. Eclairage frontal normal.

Ponction par le méat inférieur. Le Valsalva ne fait pas sortir de pus, mais en faisant passer de l'air dans le sinus au travers de l'aiguille, on fait sortir par l'orifice naturel une masse séro-muqueuse qui ne tarde pas à se coaguler dans le plateau. Lavage de la cavité au formol 1/1000.

4 février. — La transparence est encore inférieure à celle du côté opposé. Ponction, douche d'air et sortie de liquide séro-purulent. Nouveau lavage.

10 février. — Mouveau lavage, sans pus.

25 février. — Transparence défectueuse. Plus de mouchage, plus de douleurs.

Perdu de vue.

Dans bien des cas, la sinusite aiguë ne réclame aucun traitement particulier, et guérit comme le coryza qui l'a engendrée. Dans d'autres cas, la suppuration demande pour être tarie une série de lavages, comme dans nos observations III, IV, VI, VII, XV, XVI, XVII. Enfin, si elle n'est pas soignée, ou malgré des lavages, elle peut passer à l'état chronique.

## CHAPITRE IV

### SYMPTÔMES DES SINUSITES CHRONIQUES

#### I. — Signes subjectifs.

Le premier symptôme qui attire l'attention du malade est l'écoulement du pus par le nez. Nous posons en principe que tout individu qui mouche une grande quantité de pus est suspect de sinusite. La muqueuse nasale ne peut à elle seule pro-

duire une abondante suppuration ; elle ne peut que la multiplier et il est certain que s'il existe de l'hypertrophie de la muqueuse et des polypes muqueux en même temps qu'une sinusite, la suppuration est plus marquée que lorsqu'il n'y a aucune lésion nasale.

OBS. XVIII. — M<sup>me</sup> Ch., 60 ans.

20 novembre 99. — Mouche du pus depuis quatre ans. Cette suppuration a commencé par un rhume de cerveau grippal, mais a beaucoup augmenté pendant la dernière année, en se compliquant d'encliffrement et de gêne pour respirer.

Polype visible à l'orifice de la narine droite depuis environ six mois. Mauvaise denture. L'éclairage par transparence montre une opacité complète du sinus maxillaire et du sinus frontal droits. Ce dernier présente une obscurité typique surtout si l'on fait l'éclairage par le procédé médio-frontal.

M<sup>me</sup> C., demande surtout qu'on la débarrasse de sa gêne respiratoire.

En quatre séances, il fut possible d'extraire les six ou huit polypes qui sortaient du méat moyen et comblaient la fosse nasale.

*Après l'ablation des polypes.* M<sup>me</sup> Ch., éprouva un grand soulagement au point de vue respiratoire, et, fait curieux, bien que la translucidité n'eût en rien été modifiée, l'écoulement du pus et le mouchage diminuèrent dans des proportions tellement notables que M<sup>me</sup> Ch., ne voulut pas entendre parler d'opération sur les sinus.

Il est probable que la présence des polypes dans le nez produisait une hypersécrétion de toute la muqueuse nasale qui, se mélangeant au pus venu des sinus, augmentait le mouchage dans de grandes proportions.

Le fait qu'il s'écoule du pus en abondance, et surtout du pus fétide, par l'une ou par les deux narines ne peut appartenir qu'à la sinusite. C'est le symptôme majeur, celui qui ne doit jamais manquer. Il peut ne pas être apprécié par le malade à sa juste valeur, mais il ne saurait passer inaperçu aux yeux d'un médecin. La constatation de ce seul fait, en dehors de tout autre symptôme, devra suffire pour attirer l'attention du côté des sinus.

L'inflammation sinusienne étant d'ordinaire unilatérale,

l'écoulement du pus est lui aussi unilatéral. Il ne faudrait pourtant pas conclure de l'écoulement par les deux fosses nasales qu'il n'y a pas de sinusite. L'empyème fronto-maxillaire double a déjà été plusieurs fois observé.

Nous en apportons ici un exemple typique :

OBS. XIX. — M<sup>lle</sup> D., 23 ans.

10 novembre 98. — Se plaint de maux de tête, de gêne respiratoire et de mouchage de pus fétide.

Les maux de tête ont débuté, il y a trois ans, en même temps que des vertiges. L'écoulement du pus est survenu presque aussitôt.

Dans le méat moyen gauche, on voit de nombreux polypes, petits, serrés les uns contre les autres et entourés de pus.

A droite, le méat maxillaire est plein de pus. Il y a deux petits polypes en avant.

Les deux sinus maxillaires sont également éclairés. Il n'y a pas de croissant lumineux sous-palpébral. La malade n'a pas de sensation lumineuse.

Les sinus frontaux sont tous deux très éclairés. (La malade a des bosses frontales proéminentes). Ils ne sont pas douloureux à la pression, ni à la percussion.

Ponction exploratrice. Des deux côtés, le pus se montre à l'aspiration. Le lavage ramène des deux côtés du pus fétide.

Après lavage, nettoyage des deux méats moyens avec de l'ouate sèche. Une-demi heure après, le pus a reparu abondant dans le méat moyen droit. On ne le voit pas reparaitre à gauche où il y a beaucoup de petits polypes.

19 novembre. — Opération. On commence avec l'idée de faire dans la même séance la cure de l'empyème fronto-maxillaire droit. Le sinus maxillaire plein de pus et de fongosités est ouvert et curetté sans incidents. Le sinus frontal est petit ; il ne contient pas de pus, mais d'abondantes fongosités surtout au niveau du canal fronto-nasal.

On s'aperçoit rapidement que les deux sinus frontaux communiquent par un orifice circulaire de un demi-centimètre de diamètre environ et recouvert de muqueuse saine.

L'opération est séance tenante poursuivie du côté du sinus frontal gauche, petit lui aussi et tapissé de fongosités sans pus. Pas de drains. Suture complète de la longue incision allant du tiers externe d'un sourcil à l'autre.

Suites très simples. Lavages quotidiens du sinus maxillaire droit par l'orifice créé dans le méat inférieur, et du maxillaire gauche par la ponction dans le méat. Pas de sécrétion à droite ; mais à gauche il vient toujours beaucoup de pus fétide.

26 novembre. — Ablation des points de suture frontaux. Réunion par première intention. Ouverture et curettage du sinus maxillaire gauche qu'on trouve rempli de pus et de granulations.

A partir de ce moment, on ne revoit pas de pus dans le nez. Les polypes, enlevés en partie, se sont très rapidement flétris et ont disparu.

La malade, revue en mars, était en excellent état.

Mais, nous le répétons, l'écoulement est ordinaire unilatéral. Il peut être continu et obliger le malade à des mouchages presque incessants, mais le plus souvent il est intermittent et se manifeste par une sorte de vomique nasale lorsque le malade se mouche, ou lorsqu'il penche la tête en avant. La cavité du sinus avec son orifice naturel situé en haut est tout à fait analogue à ce moment à un vase plein de liquide, et qu'on vide en le renversant. Dans quelques cas, il arrive que des conditions anatomiques particulières, telles que la fermeture plus complète de la gouttière de l'infundibulum, empêchent l'écoulement de se faire en avant. Le malade alors ne se plaint plus de moucher, mais bien de cracher du pus. La mauvaise odeur a fait place en même temps à un mauvais goût localisé dans le pharynx. On comprend aisément que, dans ce cas, c'est le décubitus dorsal qui favorise le mieux l'écoulement du pus. La gêne est donc surtout marquée le soir et dans la nuit, lorsque le malade est étendu dans son lit.

obs. xx. — Min, 33 ans.

7 juin 1898. — Se présente à la clinique, en se plaignant de râcler et de cracher du pus.

On note : catarrhe nasal hypertrophique à gauche. Voûte rouge non hypertrophiée. Pas de pus dans le nez, ni dans le pharynx.

Du 6 juin au 20 novembre, le malade vient neuf fois à la Clinique où l'on se contente de lui faire quelques badigeonnages iodés dans le pharynx.

C'est le 20 novembre seulement que le malade déclare avoir

très souvent et surtout le matin une mauvaise odeur dans la narine droite. C'est ce renseignement qui nous pousse à examiner les sinus.

A l'éclairage, on trouve le croissant sous palpébral droit obscur. Les sinus frontaux sont très lumineux.

Ponction exploratrice. L'aspiration donne du pus, qui s'écoule abondamment jusque dans la seringue. Avec le lavage, on obtient du pus liquide sans grumeaux, et d'une odeur vraiment repoussante.

Opération le 3 décembre. Le sinus est trouvé très grand, rempli de pus sentant très mauvais et répandant une odeur dans toute la salle. Abondantes fongosités.

Lavages quotidiens consécutifs. Il ne vient pas de pus, mais l'eau qui sort des sinus n'est pas propre et sent encore mauvais.

Le 13 décembre, le malade quitte la Clinique guéri.

Revu en février 99. Les troubles dont il se plaignait ont complètement disparu.

obs. XXI. — M<sup>me</sup> W., 40 ans.

Opérée d'une sinusite maxillaire gauche par trépanation alvéolaire le 28 janvier 97 et d'une sinusite frontale du même côté, d'abord méconnue par moi, le 10 mars, avec l'assistance du D<sup>r</sup> Luc.

La trépanation fut faite un peu trop dans l'arcade sourcillière pour atteindre l'angle inférieur du sinus, et la malade guérit avec une déformation très accusée.

En septembre 98, elle vient nous retrouver, se plaignant de cracher du pus fétide qui s'accumule dans son arrière-nez, surtout pendant le sommeil. Elle mouche peu dans la journée. L'opacité du sinus opéré, qui a même son drain métallique, et celle du sinus actuellement incriminé, est à peu près égale. Du côté du frontal, il est difficile de faire un éclairage par comparaison, à cause de l'effondrement de l'arcade-orbitaire du côté déjà opéré. Pas de douleurs frontales.

Le méat moyen gauche est rempli de petites granulations polypeuses, recouvertes d'une croûte de pus concret. Par la rhinoscopie postérieure, on voit un peu de pus dans le méat moyen. La tête du cornet est très volumineuse, ce qui explique les décours du pus vers le pharynx, et l'absence de mouchage.

Une ponction est faite dans le méat inférieur, et bien que l'aiguille soit entrée dans le sinus, il est impossible de faire sortir le liquide de l'injection. Je pense que la résistance au lavage est due

à ce que la pointe de l'aiguille est restée cachée dans une fongosité. Une autre tentative de lavage fait sortir du pus en abondance par le méat et par le nez. Ce pus est fétide et aggloméré.

Plusieurs lavages sont pratiqués sans modifier, même pour la nuit suivante, l'écoulement de pus dans le pharynx. Seule, la sensation de mauvais goût cesse pendant cinq à six jours.

7 février 99. — Opération. On ouvre et curette d'abord le sinus maxillaire rempli de pus et de granulations. Après tamponnement, on fait une petite incision dans le sourcil, et on pratique au lieu d'élection une *trépanation exploratrice* du sinus frontal. Celui-ci est aussi rempli de pus et de granulations que le maxillaire. On agrandit alors l'incision sourcilière et la trépanation, et l'opération se termine comme d'ordinaire.

Lavages du sinus maxillaire tous les deux jours. Guérison rapide. Au 17 février, la malade pouvait reprendre ses occupations.

*La fétidité du pus*, donnant lieu à une cacosmie en général subjective est due au séjour prolongé de ce pus dans une cavité close. La subjectivité de cette cacosmie s'explique par ce fait que le nez du malade a conservé toute sa puissance olfactive.

C'est un signe de grande valeur. Il manque rarement, croyons-nous, et, lorsqu'il est associé à une rhinorrhée abondante, son importance est capitale, c'est plus un signe d'empyème maxillaire que d'empyème frontal. La mauvaise odeur peut incommoder le malade presque incessamment. Elle peut aussi n'apparaître qu'au moment où se fait la décharge du pus. Certains malades la perçoivent seulement à la fin du mouchage (obs. ix). Elle est évidemment plus ou moins marquée, mais elle conserve toujours le même caractère de subjectivité et il semble difficile de la confondre avec l'odeur qu'exhalent les syphilitiques, les ozéneux, et les malades porteurs de corps étrangers du nez. Même lorsqu'elle est très marquée pour le malade, elle peut ne pas être perçue par l'entourage et elle ne présente jamais en somme la fétidité repoussante qui caractérise si souvent les affections citées ci-dessus.

D'ailleurs, si la fétidité de la suppuration est surtout un symptôme subjectif, et nous insistons encore sur ce point, on peut rendre la perceptible à l'entourage en faisant un lavage du sinus atteint. Mais là encore, c'est le malade le premier qui

perceva la mauvaise odeur et qui s'en plaindra avant qu'elle n'ait été perçue par le médecin.

Dans un cas de sinusite maxillaire où ce symptôme n'existait pas, le malade était atteint d'anosmie.

OBS. XXII. — M. F., 42 ans.

28 décembre 98. — Se plaint d'écoulement purulent non odorant depuis environ trois ans.

Depuis quelques années déjà, le malade ne perçoit plus nettement les odeurs. Méat moyen droit rempli de pus crémeux.

Eclairage très peu démonstratif, tant du côté des maxillaires que du côté des frontaux. Toutefois le croissant palpébral est moins éclairé à droite, et le malade a une sensation lumineuse moins forte de ce côté.

Ponction exploratrice. On obtient du pus à l'aspiration et par le Valsalva. Le lavage ramène un pus abondant et infect. Une heure après, le pus n'a pas reparu dans le méat moyen.

Le malade refusant la cure radicale, je fais le 4 janvier 99, après ablation de la première grosse molaire cariée, la trépanation de l'alvéole à l'aide du tour électrique. Pose d'un drain métallique.

Tous les malades ne se plaignent pas invariablement de moucher du pus fétide. Quelques-uns même n'attirent pas de ce côté l'attention du médecin. Un autre phénomène prédomine chez ceux-là, c'est la douleur. Ce signe était autrefois, et il n'y a pas bien longtemps encore, considéré comme le plus important ; c'était l'époque où les sinusites étaient reconnues seulement lorsque le pus avait distendu les parois des sinus ou lorsqu'il s'était fait jour à l'extérieur en faisant une brèche à travers la coque osseuse. On comprend que les chirurgiens élevés à cette école contestent encore la fréquence de cette affection !

Dans la sinusite maxillaire simple, la douleur est d'ordinaire modérée. Elle affecte le plus souvent le type de la névralgie dentaire ; les dents sont douloureuses à la pression, elles semblent au malade comme allongées. Quelquefois la douleur siège profondément dans la région du sinus maxillaire en s'irradiant au-dessous de l'œil et vers le rebord alvéo-

laire. Parfois enfin, elle peut en imposer pour une névralgie du trijumeau.

Dans un cas, qu'il serait difficile de classer parmi les sinusites aiguës à cause de la grande quantité de granulations que l'opération a permis de constater et d'extraire, la douleur était extrêmement marquée.

OBS. XXIII. — M<sup>me</sup> Bou., 55 ans.

1<sup>er</sup> novembre 97. — Se plaint de douleurs très violentes dans toute la joue gauche depuis un mois environ. Toute la région est sensible spontanément et à la pression. Depuis le même temps, la malade mouche et crache du pus.

M<sup>me</sup> Bou., attribue son affection à une dent malade, plombée depuis quelques temps.

A l'éclairage, opacité du sinus maxillaire gauche. Eclairage douteux des frontaux.

11 novembre. — Opération. Beaucoup de pus. Granulations très abondantes et très épaisses tapissant toutes les parois de la cavité.

Pas de lavages consécutifs.

Guérison en quinze jours. Il reste toutefois au niveau de la suture buccale un petit trajet fistuleux qui permet à un stylet de pénétrer par la bouche dans le sinus.

Revue en juin 1898. Ne mouche plus de pus. Le trajet buccal a été très long à se fermer, mais on ne peut le retrouver aujourd'hui.

Transparence à peu près égale des deux côtés.

Mais la douleur ne reste pas toujours limitée à la région jugale. Dans l'empyème maxillaire simple, nous l'avons vue à plusieurs reprises envahir toute la tête et s'y cantonner sous forme de céphalalgie plus ou moins intense. Nous l'avons vue aussi se localiser nettement dans la région frontale du côté malade, au niveau du sinus frontal lui-même, et augmenter ainsi la difficulté du diagnostic.

OBS. XXIV. — M<sup>me</sup> Dau., 35 ans.

21 janvier 97. — Se plaint de douleurs de tête depuis 5 ans. Ces douleurs sont surtout marquées au-dessus de l'œil droit.

Le sinus maxillaire droit a été ouvert il y a 6 mois par la tré-



panation alvéolaire et a été trouvé plein de pus. Depuis ce temps, la malade se fait des lavages. Mais la douleur, bien qu'un peu atténuée, persiste toujours; opacité du sinus maxillaire droit. Les sinus frontaux examinés tout particulièrement, présentent une translucidité égale et normale.

Il n'y a pas de pus dans le méat moyen. Le lavage donne un peu de pus non odorant.

Après plusieurs tentatives de curetage après cocaïnisation par l'orifice alvéolaire, et des tamponnements de la cavité à la gaze iodoformée, on se décide, la douleur n'étant pas modifiée, à faire la cure radicale.

L'opération a lieu le 3 juin.

Le curetage permet de débarrasser le sinus d'abondantes granulations.

Les suites furent très simples. La malade guérit très rapidement de la suppuration et des douleurs.

Revue plusieurs fois, la dernière fois en février 99. Guérison parfaite avec persistance de trajet très étroit au niveau de l'orifice alvéolaire.

OBS. XXV. — M<sup>me</sup> Rév., 40 ans.

*Juillet 1898.* — Rhumes de cerveau fréquents depuis 6 à 8 mois. Mouche du pus depuis ce temps et surtout par la narine droite. Dents enlevées, mais pour cause d'implantation vicieuse. L'écoulement de pus est variable comme quantité. Pas de mauvaise odeur.

Après nettoyage de la fosse nasale, on trouve du pus dans le méat moyen droit. L'éclairage montre de l'opacité du sinus maxillaire droit.

Bon éclairage des deux frontaux, quoique M<sup>me</sup> R. se plaigne de douleurs névralgiques du côté droit du front.

Revue en janvier 99, dans le même état, une ponction suivie de lavage fait venir du pus assez fétide, mal lié. Pendant les jours qui suivent, l'écoulement est à peine moins abondant, mais la douleur de tête diminue.

*20 février.* — Lavage avec le même résultat.

OBS. XXVI. — M. R..., 37 ans.

*15 septembre 96.* — Se plaint de moucher du pus fétide par la narine droite et de douleurs au-dessus de l'œil droit, parfois extrêmement vives.

Il y a de l'inaptitude au travail assez marquée.

Pus dans le méat moyen droit.

Eclairage donne une opacité très nette du sinus maxillaire droit. La pupille droite est très sombre.

L'éclairage des frontaux est très bon.

Ponction dans le méat inférieur. En soufflant, on fait sortir du pus fétide en abondance; quinze jours plus tard, après ablation de la 2<sup>e</sup> petite molaire un peu cariée, on fait la perforation du sinus par l'alvéole. Le lavage amène une grande quantité de pus. Pose d'un drain métallique.

Les douleurs frontales ont immédiatement cessé à la suite de l'opération pour ne plus reparaitre. Le travail intellectuel est devenu aussi beaucoup plus facile.

Lavages quotidiens d'abord, puis très espacés. Revu le malade en juin 1898. L'opacité du sinus maxillaire persiste malgré que les lavages, pratiqués seulement tous les 2 ou 3 mois, donnent seulement un peu de muco-pus.

Mais c'est dans la sinusite frontale que la douleur est surtout marquée. Son siège habituel est la région sus-orbitaire au niveau du sinus malade. C'est une douleur latente que la moindre pression, le moindre frôlement suffisent à réveiller. L'acuité en est quelquefois si vive que le malade ne peut supporter le port du chapeau. L'intensité de la douleur peut varier d'un moment à l'autre, et ces variations s'expliquent par les changements de pression qui se produisent à l'intérieur du sinus malade; que le pus s'accumule, emprisonné dans la cavité par les fongosités qui encombrent le canal fronto-nasal, la pression qui en résulte exaspère la souffrance; mais qu'une granulation se déplace et permette à la suppuration de s'écouler dans la fosse nasale, tout aussitôt la pression diminue et la douleur s'apaise. C'est ainsi que nous connaissons depuis longtemps déjà un malade atteint de sinusite frontale et qui n'a jamais consenti à se laisser opérer. Deux ou trois fois par an, il est pris de douleurs frontales extrêmement violentes qui l'amènent sans retard à la consultation. C'est l'indice certain que des granulations encombrent le méat moyen et s'opposent à l'écoulement du pus. Il suffit en effet de curetter et de nettoyer le méat moyen pour faire disparaître la douleur, et le malade est soulagé pour quatre ou cinq mois.

Limitée le plus souvent au sinus malade, la douleur peut envahir aussi la région du sinus de l'autre côté, sans que cela signifie que les deux sinus sont atteints à la fois.

La douleur ne se borne pas toujours à la région sus-orbitaire. Elle peut envahir le front, toute la tête et se présenter sous forme de céphalée tenace et rebelle. C'est quelquefois une douleur aiguë qui ne laisse au malade aucun repos; dans d'autres cas plus fréquents, c'est plutôt une sensation de lourdeur, de pesanteur de toute la tête; tout travail est impossible, le malade est plongé dans un état d'accablement, de torpeur invincibles, qui légitiment toutes les inquiétudes. Il peut être malaisé, même pour un médecin instruit, de séparer à ce moment les signes qui appartiennent à l'empyème frontal de ceux qui indiquent une complication intra-crânienne.

Il se passe ici un phénomène analogue à celui qu'on observe au cours des otites. Dans les deux cas, c'est une simple lamelle osseuse qui sépare les méninges du foyer purulent et on ne doit pas oublier que la paroi postérieure du sinus sert de paroi antérieure à la cavité crânienne.

Des trois symptômes principaux que nous venons d'étudier, *écoulement de pus abondant, fétidité de ce pus, douleur*, c'est certainement le symptôme douleur qui manque le plus souvent dans les cas chroniques. De nombreux malades, porteurs d'empyèmes fronto-maxillaires vrais, n'ont jamais accusé aucune souffrance et nous avons en vain chez eux cherché à la provoquer. La pression même la plus forte ne faisait naître chez eux aucune sensation douloureuse. La percussion sur le front avec un corps dur, avec le manche d'un instrument, comme le recommande Gouly <sup>(1)</sup>, ne nous a jamais donné aucune indication (Observations XII, XIX, XXI, etc.)

Les malades se plaignent aussi d'enchiffrement ordinaire et de gêne pour respirer. Ce signe s'observe chez ceux dont la fosse nasale est plus ou moins obstruée par des polypes muqueux. Nous reviendrons plus loin sur ce symptôme.

Nous citerons encore des troubles qui sont la conséquence

(1) Gouly. — Diagnostic de l'empyème frontal. *Archiv. de laryng.* 1898 p. 454.

de la propagation de l'inflammation aux voies respiratoires. Les pharyngites et les laryngo-trachéites accompagnent fréquemment l'empyème maxillaire et l'empyème frontal.

D'autre part, la pénétration du pus dans les voies digestives peut être la cause d'accidents dont il faut connaître l'origine. La dyspepsie, la diarrhée ne sont pas rares. Il peut résulter même de l'ingestion répétée du pus que l'état général soit sérieusement atteint. C'est ce que nous avons observé sur le malade qui fait l'objet de l'observation XI. Voici une autre observation où les mêmes signes sont aussi très marqués.

OBS. XXVII. — M<sup>me</sup> Pel., 37 ans.

*Juillet 97.* — Mouche du pus depuis 5 ou 6 ans par la narine droite. Troubles digestifs très marqués. Etat général mauvais. Teint terreux.

Très mauvaise denture.

Petit polype du méat moyen droit à l'éclairage, opacité jugale droite très nette.

*9 octobre 97.* — Opération, sans autre incident qu'une très forte hémorrhagie de l'angle postérieur de la plaie buccale, qu'un tamponnement prolongé arrête.

Guérison en quinze jours, sans lavages.

Revue en juillet 98. Parfait état local. Etat général très amélioré et très différent de ce qu'il était avant l'opération.

## II. — Examen objectif

Si maintenant nous examinons, par la rhinoscopie antérieure, la fosse nasale suspecte, nous allons y trouver deux signes de grande valeur, qui sont la présence du pus et la présence de polypes unique ou multiples dans le méat moyen. Nous n'avons jamais observé, dans les sinusites maxillaires simples, la projection de la paroi du sinus dans le méat moyen, signalée par Hartmann, et nous n'attachons aucune importance à l'hypertrophie de la lèvre antérieure de l'hiatus semi-lunaire, dont Kaufmann a voulu faire un signe pathognomonique de l'empyème maxillaire.

La présence du pus dans le méat moyen est un signe à peu près constant. Nous l'avons vu manquer dans deux cas

(Observ. XX et XXI) où l'écoulement du pus se faisait en arrière vers le naso-pharynx.

Dans un autre cas, (Observ. XXVIII) il n'y avait de suppuration ni dans le nez, ni dans le naso-pharynx. Il est vraisemblable qu'il n'existait aucun orifice débouchant du sinus maxillaire dans la fosse nasale.

OBS. XXVIII. — M<sup>lle</sup> E..., 17 ans.

16 septembre 98. — Se plaint de gonflement et de douleur de la gencive supérieure droite, au niveau de la 1<sup>re</sup> grosse molaire, cette dent, cariée depuis longtemps, est tombée par fragments et il reste les racines dans l'alvéole.

On voit en effet la gencive tomber à ce niveau et le toucher accuse une fluctuation manifeste.

Rien dans le nez. Aucune suppuration.

L'ouverture de l'abcès donne issue à une grande cuillerée de pus épais, couleur café au lait et sans odeur. Au point où existait le gonflement on voit maintenant une dépression qui indique que l'os est perforé. Agrandissement de l'incision jusqu'aux limites de la perforation osseuse qui a environ le diamètre d'une pièce de 50 centimètres. Lavage qui ne ressort pas par le nez.

19 février. — Les racines de la dent ont été enlevées, on ne peut pénétrer dans le sinus par l'alvéole. Ponction par le méat inférieur et lavage. Il sort un peu de pus de même nature par l'ouverture buccale. Rien par le nez. Il est facile par cette ouverture et à l'aide d'un spéculum nasi d'explorer la cavité du sinus. Il y a seulement quelques bourgeons à la paroi inférieure. Toute la paroi interne paraît intacte.

La suppuration persistant par l'ouverture buccale, l'opération a été proposée, mais la malade s'y est refusée.

Revue le 10 février 1899. Le pus coule toujours par un petit orifice fistuleux répondant à l'incision pratiquée dans la gencive. Rien dans le nez.

Le pus du méat moyen est d'ordinaire jaune, épais, crémeux; il demeure parfois accolé entre la paroi du sinus et la face externe du cornet; parfois on le voit descendre le long de la paroi externe, sur la face supérieure du cornet inférieur et jusque sur la paroi inférieure de la fosse nasale.

Si une seule cavité s'ouvrait dans le méat moyen, le fait

seul de la présence du pus en ce point suffirait pour assurer le diagnostic. Mais on sait qu'il n'en est pas ainsi. Le méat moyen est un carrefour où viennent déboucher le sinus frontal, le sinus maxillaire et les groupes antérieur et moyen des cellules de l'ethmoïde. On comprend dès lors toute la difficulté du problème à résoudre. On dit bien que la suppuration des cellules ethmoïdales est liée constamment à celle du sinus frontal, mais c'est là une hypothèse qui n'est pas suffisamment démontrée. Même en l'acceptant pour vraie, il nous reste encore à établir laquelle des deux cavités frontale ou maxillaire est la source de la suppuration. Quelques auteurs (Luc, Gouly) ont voulu trouver au pus épanché dans le méat moyen des caractères particuliers et très marqués selon qu'il vient du sinus maxillaire ou du sinus frontal. Dans le premier cas, il serait grumeleux, caséeux et d'une fétidité extrême; dans le second, il serait épais, crémeux et presque inodore. Il ne nous paraît pas que cette différence soit aussi tranchée. Si nous avons observé, en lavant et en opérant des sinus, l'aspect grumeleux et l'odeur fétide du pus maxillaire d'une part, l'aspect crémeux et l'absence de fétidité du pus frontal d'autre part, nous n'avons jamais pu constater ces caractères différentiels en examinant le pus déversé dans le méat moyen, aussi ne tirons-nous de sa présence aucune conclusion quant au nombre et à la désignation des cavités malades. Nous savons seulement qu'il y a un sinus atteint.

Très fréquemment, nous avons vu, en même temps que la suppuration, un ou plusieurs polypes occuper le méat moyen. Ces polypes peuvent se présenter sous l'aspect ordinaire et banal de polypes muqueux longuement pédiculés et visibles à l'entrée de la narine; c'est dans des cas de ce genre que le malade accuse une gêne de la respiration. On comprend sans peine que des tumeurs de cette nature soient prises fréquemment pour des polypes muqueux ordinaires et traitées en conséquence, tandis que la maladie véritable, la sinusite, reste ignorée. On évitera l'erreur en se rappelant que les polypes muqueux sont bilatéraux et qu'ils s'accompagnent ordinairement d'anosmie, tandis que les tumeurs polypoïdes qui accompagnent la sinusite sont unilatérales comme elle (excepté

dans l'empyème fronto-maxillaire double, Observ. XIX), et que l'odorat est le plus souvent conservé.

En règle générale les polypes symptomatiques de sinusites sont médiocrement développés, peu ou pas pédiculés, et n'occupent qu'une partie du méat moyen, sans empiéter sur le reste de la fosse nasale; ils sont parfois même réduits à de simples granulations polypoïdes baignant au milieu du pus du méat moyen. Leur coloration, comme leur forme est variable, mais nous n'y attachons aucune importance. Toutes ces tumeurs ont un caractère commun, c'est de se reproduire infailliblement et avec rapidité tant que l'affection causale persiste, et de disparaître au contraire, spontanément peut-on dire, dès que la suppuration a cessé.

Obs. XXIX. — M<sup>me</sup> B..., 44 ans.

14 octobre 1898. — Se plaint de mal respirer du côté gauche. On a déjà enlevé deux fois un gros polype unique et pédiculé de la fosse nasale gauche.

Rien du côté droit; gros polype, pédiculé, venant du méat moyen gauche.

18 octobre. — Ablation de la tumeur à l'anse froide. En même temps qu'on arrache le polype, il sort une grande quantité, à peu près le volume d'un œuf, de liquide séreux, gélatineux, se prenant en masse dans le plateau comme du blanc d'œuf. En faisant pencher la tête en avant, le liquide continue de couler goutte à goutte. Par le mouchage, ils sort un gros flocon de muco-pus.

L'éclairage pratiqué aussitôt donne une obscurité très nette à gauche. La malade perçoit beaucoup moins la lumière de ce côté.

La 1<sup>re</sup> grosse molaire est cariée.

21 octobre. — La dent a été enlevée, à l'aide d'un perforateur manœuvré en cet endroit, on pénètre dans le sinus. Le lavage ne donne pas de pus. Pose d'un drain métallique.

Depuis ce temps, la malade fait des lavages quotidiens, et obtient, au milieu du liquide ressortant propre, une petite noisette de pus aggloméré.

Revue le 10 mars. Le polype n'a pas reparu; à l'éclairage, on ne constate plus qu'une très légère opacité gauche, sensible seulement avec une faible lumière. Cependant M<sup>me</sup> B. ne perçoit pas aussi bien la lumière à gauche.

Après avoir pratiqué la rhinoscopie antérieure, on s'assurera de l'état du naso-pharynx et en examinera soigneusement les choanes par la rhinoscopie postérieure. La présence de pus à l'un des orifices postérieurs des fosses nasales ferait immédiatement soupçonner la possibilité d'une infection sinusienne.

En dehors de ces signes objectifs, trois procédés ont été imaginés qui permettent de s'assurer de la présence du pus dans l'un ou l'autre sinus. Ce sont 1° *le signe de Fränkel*; 2° *l'éclairage par transparence*, 3° *la ponction exploratrice*. Nous allons étudier ces trois procédés :

*Signe de Fränkel.* — Supposons un malade chez qui la rhinoscopie antérieure a permis de constater la présence de pus dans un méat moyen. On fait moucher le malade, puis on débarrasse complètement, soit par un lavage, soit à l'aide d'un porte-coton, le méat moyen du pus qui y était contenu. Lorsque le méat est entièrement dégagé, on fait pencher la tête au malade très fortement en avant et on le maintient dans cette position pendant 5 minutes environ. Pour diminuer autant que possible l'incommodité d'une semblable position, on fait maintenir le front dans la paume des mains, les coudes appuyés préalablement sur les genoux. Si, lorsque le malade se redresse, on constate que le pus a reparu dans le méat, on a tout lieu d'incriminer le sinus maxillaire. Si au contraire, on ne l'y rencontre pas, on peut en déduire qu'il provenait du sinus frontal ou des cellules de l'ethmoïde.

Ce signe, qui a pour base comme on le voit la connaissance de la situation anatomique des orifices des sinus, ne nous paraît pas d'une précision assez rigoureuse pour conserver la place qu'il occupe encore dans la symptomatologie des sinusites. Très séduisant en théorie, il ne peut prétendre en pratique qu'à une valeur relative. L'importance qu'il pouvait avoir, lorsque nos moyens d'investigation étaient mesurés, a beaucoup diminué depuis que nous pratiquons couramment l'éclairage par transparence et que nous avons appris à ponctionner le sinus maxillaire.

*Eclairage par transparence.* — Ce fait physiologique que les os de la face sont normalement translucides a servi de base à l'un des meilleurs moyens de diagnostic des sinusites.



Appliquée aux sinus maxillaires, cette épreuve porte le nom de *signe de Heryng*, on l'a appelée aussi *signe de Cozzolino* et *signe de Voltolini*. Ces questions de priorité importent peu. Il semble acquis toutefois que si Cozzolino et Voltolini ont eu les premiers le mérite d'employer l'éclairage électrique pour explorer les fosses nasales, c'est bien à Heryng que revient l'honneur d'avoir vu que, lorsqu'il y a sinusite maxillaire, la joue du côté malade s'éclaire moins bien que celle du côté sain. Pour pratiquer l'épreuve de Heryng, on emploie une petite lampe électrique de 8 à 14 volts, montée sur un manche approprié et facilement stérilisable. La lumière est fournie par une source électrique en rapport avec le voltage de la lampe. *Le point important est d'avoir un rhéostat à l'aide duquel on peut varier à son gré l'intensité lumineuse.*

Lorsqu'on a des raisons de soupçonner chez un malade l'existence d'une sinusite, on doit toujours recourir à l'éclairage par transparence. Voici comme il faut procéder : le malade étant assis vis-à-vis de l'opérateur, on fait l'obscurité dans la pièce où a lieu l'examen. Dans la majorité des cas, un voile de photographie, couvrant à la fois la tête du malade et celle du médecin, remplira suffisamment ce but. Cela fait, on place la lampe dans la bouche du malade, à deux ou trois centimètres environ des arcades dentaires, et on lui recommande de serrer fortement les lèvres et les dents autour du manche pour que les rayons lumineux ne viennent pas filtrer à l'extérieur. On fait alors passer le courant, et on manœuvre le rhéostat de façon à augmenter ou à diminuer l'intensité de la lumière. C'est là une condition tout à fait essentielle de succès. La même lumière ne peut être employée indifféremment chez tous les sujets. Chez les femmes et en particulier chez les jeunes filles lymphatiques, le tissu osseux est peu dense et se laisse aisément traverser par de faibles rayons lumineux. Chez les hommes au contraire, on doit user d'une lumière beaucoup plus puissante, pour obtenir la transillumination de la face.

Lorsque les deux sinus maxillaires sont indemnes, on doit voir les deux joues s'éclairer également par transparence. Le degré de luminosité est essentiellement variable selon les sujets et selon l'intensité du foyer lumineux. Parfois les joues

elles-mêmes sont si peu éclairées qu'il est impossible de trouver là un élément de diagnostic. Mais il est une région au niveau des paupières inférieures où la lueur est toujours plus marquée qu'à la région jugale, et où il est possible, au moins dans la grande majorité des cas, d'apprécier la différence de clarté qui peut exister entre les deux côtés. En ce point, la lumière affecte la forme d'un croissant à concavité supérieure; on lui a, pour cette raison, donné le nom de *croissant palpébral*.

Si l'un des sinus maxillaires est atteint, la joue et la région palpébrale du même côté restent obscures et la comparaison avec l'autre côté fait ressortir nettement la tache d'ombre qui a envahi toute la région correspondant au sinus malade. La différence de luminosité entre les deux côtés, essentiellement variable, comme nous le disions, selon les sujets, varie aussi vraisemblablement selon le moment auquel on les observe, c'est-à-dire suivant que le sinus atteint est plus ou moins rempli de pus. Mais c'est surtout l'intensité de la lumière qui a le plus d'importance à ce point de vue. Tel malade, chez qui les deux joues paraissent également transparentes avec une forte lumière, accusera une inégalité manifeste avec une lumière plus faible. Chez un autre au contraire, un foyer lumineux de force moyenne ne donnera aucun résultat, et un foyer lumineux puissant fera apparaître l'inégalité. Il ne peut y avoir à cet égard de règle précise, de règle absolue. On devra procéder par tâtonnements, si nous pouvons ainsi dire, pour arriver à apprécier le degré d'éclairage le plus propre à mettre la sinusite en évidence. On a beaucoup médité du signe de Heryng. Schrotter même n'a pas craint de dire que « c'est un élégant enfantillage. » Nous ne saurions en aucune manière partager cette opinion. Nous considérons au contraire le signe de Heryng comme un signe de grande valeur, et, dans l'immense majorité des cas, nous avons vu la ponction exploratrice confirmer le diagnostic que nous avions tiré de l'éclairage par transparence.

Du signe de Heryng sont nés deux autres signes dont nous devons parler brièvement. L'un, le *signe de Davidsohn* consiste en ce fait que la pupille du côté malade reste obscure tandis que celle du côté sain s'éclaire. L'autre, le *signe de*

*Garel* est un signe subjectif : le malade, les paupières fermées, perçoit la lumière seulement du côté sain.

Ces deux signes, le second surtout, n'ont pas la valeur du signe de Heryng. Il est souvent difficile de voir la pupille lumineuse, même du côté sain. Il est nécessaire en tous cas que le foyer lumineux buccal soit puissant. Quand on peut le constater toutefois, le signe de Davidsohn est loin d'être indifférent. Le signe de Garel a l'intérêt d'un signe subjectif.

Dans quelques cas, le signe de Heryng ne nous a donné que des résultats imparfaits. Chez le malade qui fait le sujet de l'Observ. XXII, la transparence était absolument égale des deux côtés, quelle que fût l'intensité lumineuse, excepté au niveau de la paupière inférieure. Le croissant palpébral du côté malade était un peu moins éclairé. Chez une autre malade, dont l'observation suit, non seulement la joue, mais le croissant palpébral était aussi lumineux du côté malade que du côté sain.

OBS. XXX. — M<sup>lle</sup> C..., 17 ans.

22 décembre 98. — Vient à la clinique, se plaignant d'être enrhumée depuis toujours. Le méat moyen gauche est rempli de pus crémeux et de granulations polypoides. La malade reconnaît qu'elle mouche du pus de ce côté depuis un an environ. *Eclairage négatif tant du côté des sinus maxillaires que du côté des sinus frontaux. Les croissants palpébraux, les pupilles sont lumineux des deux côtés.*

Une ponction exploratrice dans le méat inférieur, ne ramène pas de pus. Le lavage à travers l'aiguille demeure incertain. Il sort seulement un peu de pus sans odeur qu'on peut croire avec raison issu du méat moyen.

On fait le diagnostic d'ethmoïdite et la malade est soignée pendant quelque temps pour cette affection. Ablation des polypes, morcellement de la tête du cornet moyen.

7 mars. — *Nouvel éclairage négatif.*

11 mars. — Le méat moyen est tellement rempli de pus qu'on se décide à faire une nouvelle ponction. L'aspiration ne ramène rien mais par le lavage, il sort une notable quantité de pus fétide.

22 avril. — Opération du sinus maxillaire par la méthode de Luc. Peu de pus mais en revanche d'abondantes granulations. *Trépanation exploratrice du sinus frontal.* Le sinus en tout petit,

sain, sans communication avec le nez ; on le referme, sans drainage ; suites très simples.

**29 avril.** — Tout va bien, la malade n'a plus mouché de pus. Le méat moyen est net. Ablation des sutures du sinus frontal. Réunion par 1<sup>re</sup> intention.

Une autre cause de difficulté d'interprétation du signe de Heryng tient à ce que, pour des raisons qui nous sont inconnues, l'opacité peut être plus marquée d'un côté que de l'autre sans suppuration sinusienne. Nous avons observé ce fait chez des individus dont les fosses nasales étaient absolument saines, nous l'avons observé aussi et plus fréquemment dans des cas d'ozène, alors que la ponction exploratrice montra qu'il n'y avait pas de pus dans les sinus.

OBS. XXXI. — M<sup>lle</sup> C..., 26 ans.

**9 septembre 95.** — Se plaint de maux de tête ordinaires, et mouche du pus.

Trainées de pus dans la fosse nasale gauche. Denture en mauvais état. A l'éclairage, la région sous-orbitaire gauche reste sombre. La pupille de ce côté ne paraît pas lumineuse. Le sinus est ouvert par l'alvéole le 6 octobre. Il n'y a pas de liquide d'aucune sorte à l'intérieur de la cavité.

Il y a toujours du pus dans le nez. Le sinus frontal n'a pas été exploré, la malade n'a pas été revue.

OBS. XXXII. — M. P..., 36 ans.

**13 août 98.** — Se plaint de mauvaise odeur dans l'arrière-gorge. La voûte est très sale, tapissée de pus. Catarrhe nasal hypertrophique.

**24 novembre.** — La fosse nasale gauche contient une notable quantité de muco-pus.

L'éclairage par transparence donne une obscurité complète à gauche. Rien du côté des sinus frontaux.

**6 décembre.** — Ponction et lavage par le méat inférieur. L'eau ressort absolument propre, sans pus.

**28 décembre.** — Nouvel éclairage. Obscurité très nette à gauche. Le croissant sous-palpébral et la pupille ne sont pas éclairés de ce côté. Pas de pus dans le méat moyen.

**2 février 99.** — Nouvelle ponction et nouveau lavage avec le même résultat. Pas de pus dans le nez.

L'opacité que révèle l'éclairage ne paraît pas due seulement à la présence du pus dans la cavité maxillaire. Il se produit évidemment dans les sinusites un épaissement de la muqueuse et des tissus sous-muqueux qui persiste au moins dans une certaine mesure après la guérison. En réalité, nous n'avons jamais observé de malade chez qui la transparence soit redevenue absolument égale. Quelques malades ont présenté une diminution très notable de l'opacité jugale (Observ. XVI et XXIII), mais nous pouvons dire que ni dans les sinusites aiguës, ni dans les sinusites récentes, nous n'avons constaté le retour parfait à la normale. Quelquefois l'opacité est restée après la guérison aussi accentuée qu'au moment où l'affection était constituée.

OBS. XXXIII. — M<sup>me</sup> Get., 30 ans.

*Juin 1897.* — Mouche du pus depuis 2 ans du côté gauche, avec sensation de bouchage du nez de ce côté. Le pus qu'elle mouche a une mauvaise odeur perçue par la malade. Dent malade de ce côté.

L'éclairage montre le sinus maxillaire gauche opaque.

Les deux frontaux sont transparents. Ne subit pas la cure radicale parce qu'elle est nourrice. Trépanation alvéolaire. Comme M<sup>me</sup> Get. habite l'étranger, il fut convenu qu'au moi de mai de l'année suivante, elle laisserait se fermer le trou alvéolaire pour être revue en juin et opérée s'il y avait lieu.

Revue en juillet 98. L'opacité a persisté aussi complète que l'année précédente. L'orifice buccal est refermé.

La malade ne mouche plus de pus et la ponction par le méat inférieur, suivie de lavage, ne ramène qu'un liquide absolument propre.

OBS. XXXIV. — M<sup>lle</sup> Val., 20 ans.

*10 février 98.* — Se plaint de moucher du pus fétide depuis 2 ou 3 ans. Jamais de douleur. Denture excellente. Opacité très marquée à droite.

Lavage après ponction par le méat inférieure ramène quantité de pus. Opérée par la méthode de Luc, le 22 février, sans incidents. Guérison au bout de quinze jours, sans lavages consécutifs.

Revue le 14 mars 99. Ne mouche pas de pus, n'a plus de mau-

vaie odeur. L'orifice de communication pratiqué à travers le méat inférieur est fermé.

Opacité toujours très marquée à droite.

On peut aussi utiliser le signe de Heryng dans le diagnostic de la sinusite frontale. Supposons en effet que la rhinoscopie antérieure ait permis d'établir qu'il y a du pus dans un méat moyen. Si l'éclairage montre les joues et les pupilles également lumineuses, le sinus frontal devient forcément suspect. C'est un diagnostic par exclusion. Mais nous savons combien rare est l'empyème frontal isolé; aussi, la question qui se posera le plus souvent sera celle de savoir si un empyème frontal accompagne un empyème maxillaire rendu évident par le signe de Heryng. C'est dans ce but que *Vohsen* a appliqué aux sinus frontaux le procédé de l'éclairage par transparence, en se servant d'une petite lampe électrique, engainée dans un manchon de caoutchouc souple. Le malade étant placé dans l'obscurité, on porte alternativement sous l'une et l'autre arcade orbitaire, au niveau de la paroi inférieure du sinus frontal correspondant, l'extrémité libre du manchon de caoutchouc. Lorsqu'on fait passer le courant, on voit une lumière plus ou moins forte éclairer le sinus frontal correspondant. La même manœuvre pratiquée de l'autre côté permet de se rendre compte de l'inégalité de transparence qui peut exister entre les deux côtés.

Depuis *Vohsen*, de nombreux modèles de lampe ont été proposés pour l'éclairage par transparence des sinus frontaux. Tous ont un défaut capital, qui est d'obliger l'observateur, lorsqu'il examine un des côtés, à se rappeler le degré de transparence présenté par le côté voisin. Ce n'est plus une comparaison simultanée, comme cela a lieu avec le procédé de Heryng pour les sinus maxillaires. Ajoutons à ce grief la difficulté réelle qu'on éprouve dans l'obscurité à placer l'appareil en des points symétriques de chaque côté.

C'est pour remédier à cet inconvénient que l'un de nous (*Lubet-Barbon*) a imaginé un procédé qu'il a appelé procédé *médio-frontal*. Il consiste à placer la lampe au milieu du front à deux ou trois centimètres au-dessus de la racine du nez.

Dans ces conditions, si l'on fait passer le courant, les rayons lumineux traverseront de haut en bas les sinus, et si l'on regarde non plus au-dessus mais au-dessous des sourcils les régions correspondant aux parois inférieures des sinus frontaux, on voit en ces points deux zones de lumière, dont il devient facile alors d'apprécier le plus ou moins de luminosité. L'expérience est encore plus nette lorsqu'on place un écran, et la main peut parfaitement en tenir lieu, immédiatement, au-dessous du point où la lampe est appliquée. On annihile ainsi les rayons lumineux qui éclairent directement la peau en ce point, et la transparence des angles supéro-internes des orbites en ressort avec plus de clarté. Dans des cas où l'éclairage ordinaire ne nous avait donné aucun résultat, le procédé médio-frontal nous a permis de préciser notre diagnostic d'une manière tout à fait évidente.

OBS. XXXV. M. Ka. Geo, 38 ans.

*Juillet 98.* — Mouche du pus depuis plusieurs années de la narine droite et se plaint de polypes qui ont déjà été opérés en Allemagne à deux reprises.

Le nez est étroit de ce côté. Il est facile de voir des polypes muqueux qui baignent dans le pus. La denture est tout à fait remarquable. L'éclairage montre une opacité très nette du sinus maxillaire droit. Il est douteux pour le sinus frontal. Toutefois le procédé médio-frontal permet de se rendre compte que la transparence est plus marquée à gauche.

Le nez est débarrassé des polypes, mais le mouchage reste aussi abondant.

*Octobre.* — Lavage du sinus maxillaire. Nettoyage du méat moyen. Au bout d'une demie-heure, on retrouve du pus dans le méat, ce qui implique la participation du sinus frontal.

*12 novembre.* — Opération fronto-maxillaire sans incident particulier. Le sinus frontal est très petit, très profondément situé, mais on y trouve des granulations et du pus. La petitesse du sinus frontal et l'épaisseur de sa paroi antérieure expliquent l'opacité des deux frontaux.

L'orifice de communication est fait très largement avec mon instrument.

Le lavage du sinus maxillaire, pratiqué tous les deux jours, ramène des petits flocons nageant dans le liquide.

20 novembre. — Les lavages sont cessés. Le pansement frontal est enlevé. Tout est en parfait état. Le malade quitte Paris à la fin de novembre.

Revu en février 99 à l'occasion d'une grippe. Ne mouche du pus d'aucun côté. Lavage du maxillaire par l'orifice resté béant ne ramène rien de suspect.

OBS. XXXVI. — M. Pos, 49 ans.

20 janvier 99. — Gêne respiratoire ancienne. Catarrhe nasal et mouchage du pus surtout à droite.

Nez étroit, petit éperon de la cloison, pus dans la fosse nasale et dans le méat moyen droits.

Par l'éclairage on constate une opacité du maxillaire droit. Par l'éclairage frontal alternatif, on ne constate pas une grande différence de clarté, mais par l'éclairage médio-frontal, on voit que la fosse sous-orbitaire ne s'éclaire pas à droite.

Le malade n'a pas été revu.

OBS. XXXVII. — M<sup>lle</sup> Fau., 31 ans.

3 novembre 98. — Se plaint de douleurs de tête et de mauvaise odeur. Pus dans le méat moyen gauche. Douleur à la pression au niveau du sinus frontal gauche.

Opacité du sinus maxillaire gauche. Transparence égale des sinus frontaux. Ponction exploratrice et lavage ramène quantité de pus fétide. On nettoie complètement le méat moyen. Une demi-heure après, le pus n'a pas reparu dans le méat.

10 novembre. — En raison des douleurs au niveau du sinus frontal, on refait une nouvelle ponction suivie d'un lavage. Cette fois, on voit reparaitre au bout d'un quart d'heure le pus dans le méat.

L'éclairage médio-frontal donne une obscurité très nette à gauche.

14 janvier 99. — Opération fronto-maxillaire sans incidents. Les deux sinus étaient remplis de pus et de fongosité.

Lavages consécutifs tous les deux jours pendant une semaine.

23 janvier. La malade quitte la clinique, guérie.

Dans le but de perfectionner encore l'éclairage par transparence des sinus frontaux, l'un de nous aussi <sup>(1)</sup> a imaginé une

(1) FURET. — Communication à la Société de Laryngologie de Paris, le 14 avril 1899. *Archives internat. de laryng.*, mars-avril 1899, p. 155.



lampe destinée à permettre de comparer en même temps le degré de clarté des deux sinus frontaux. Cet instrument est une modification à la lampe que Rochon-Duvigneaud présenta en 1894 à la Société d'Ophthalmologie, sous le nom de lampe pour l'éclairage de contact du segment antérieur de l'œil. D'un foyer lumineux unique partent deux tiges de verre logées dans un manchon en bois et taillées en biseau à leurs extrémités libres. Leur direction est calculée de telle sorte que chacune de ces extrémités vient s'appliquer au niveau de l'angle interne de l'œil, l'une à droite, l'autre à gauche, au-dessous du sinus frontal correspondant. Pour faciliter le contact, le manchon qui entoure chaque tige de verre est légèrement mobile et chacune des deux extrémités libres est taillée en biseau.

La source lumineuse est une lampe électrique unique. Lorsque, la lampe étant en place, on fait passer le courant, on obtient à la fois deux images lumineuses correspondant aux deux cavités frontales, de telle sorte qu'il est facile de juger, par comparaison simultanée, de l'inégalité de transparence qui peut exister entre les deux côtés.

Avec cet instrument et avec le procédé médio-frontal, dont nous parlons plus haut, il nous a été facile de diagnostiquer des sinusites frontales dans des cas où le procédé ordinaire nous laissait incertains.

De même que l'éclairage des sinus maxillaires ne saurait fournir de résultats sans appel, de même l'éclairage des sinus frontaux ne permet pas de conclure définitivement. Les inégalités anatomiques des deux sinus sont fréquentes, tant dans leurs dimensions que dans l'épaisseur de leurs parois. Dans de nombreux cas, et quel que soit le mode d'éclairage employé, les deux sinus sont restés absolument obscurs. Chez un de nos malades (Observ. IX), l'éclairage nous fit voir une opacité tellement nette du côté où l'on avait constaté déjà une sinusite maxillaire qu'on n'hésita pas à trépaner. Le sinus frontal fut trouvé très petit, limité à une étroite cellule indemne de pus et de fongosités, et fait à signaler, sans communication avec le nez.

Il n'est pas d'observateurs qui ne se soit trouvé en face de

difficultés semblables, cette cause d'erreur nous paraît impossible à écarter.

OBS. XXXVIII. — M<sup>me</sup> de Rob., 57 ans.

1<sup>er</sup> décembre 98. — Mouche du pus depuis très longtemps de la narine droite avec mauvaise odeur perçue seulement par la malade.

Le pus coule aussi dans la gorge et provoque des accès de suffocation nocturnes. L'éclairage par transparence confirme le diagnostic de sinusite maxillaire certaine et laisse en suspens le diagnostic de sinusite frontale, à cause de l'opacité des deux sinus frontaux.

Pour des raisons de pusillanimité, la malade refuse la cure radicale et la ponction alvéolaire est pratiquée le 20 décembre avec le tour électrique.

Le résultat est d'ailleurs satisfaisant, la malade étant débarrassée et de l'écoulement incessant du pus et de ses suffocations nocturnes.

On ne retrouve plus de suppuration dans le méat moyen, ce qui permet d'éliminer l'hypothèse de la participation frontale.

Quoi qu'il en soit des renseignements insuffisants ou erronés que l'éclairage électrique peut parfois fournir en ce qui concerne les sinus maxillaires et les sinus frontaux, nous n'en persistons pas moins à penser que ce procédé d'investigation doit toujours être soigneusement et rigoureusement mis en œuvre. Nous avons la conviction d'ailleurs que bien des échecs attribués au procédé peuvent être mis sur le compte soit de l'inexpérience de l'observateur, soit de l'insuffisance de son outillage, et nous répétons volontiers que nous considérons l'éclairage par transparence des cavités de la face comme un progrès considérable, comme une des conquêtes les plus sérieuses de la rhinologie.

*Ponction exploratrice.* — La ponction exploratrice du sinus maxillaire, avec les diverses expériences qui s'y rattachent, est, de tous les procédés imaginés pour faire le diagnostic de l'empyème fronto-maxillaire, le plus précis et le plus fidèle. Lermoyez (1), qui nomme les signes de Fränkel et de Heryng,

(1) LERMOYER. — *Semaine médicale*, 1<sup>er</sup> février 1893.

« Signes de probabilité », réserve à la ponction exploratrice le nom de « Signe de certitude ».

C'est *Moritz Schmidt* qui eut le premier l'idée de ponctionner le sinus maxillaire à travers le méat inférieur, et, à sa suite, de nombreux observateurs s'ingénierent à perfectionner la méthode. En réalité les perfectionnements furent de peu d'importance, et c'est bien à *Moritz Schmidt* que revient tout l'honneur d'un procédé qui permet de constater d'une manière évidente la présence de pus dans la cavité maxillaire.

Voici comment nous procédons :

L'instrument dont nous nous servons est une petite aiguille droite de 10 centimètres de longueur et de 2 millimètres environ de diamètre extérieur. Sa grosse extrémité s'ajuste à frottement sur un embout destiné à relier l'instrument avec un appareil d'aspiration ou de lavage. On devra toujours s'assurer, avant de s'en servir, que sa lumière n'est pas obstruée par un obstacle quelconque.

Nous faisons la ponction dans le méat inférieur. Nous repoussons absolument la ponction dans le méat moyen, proposée par *Bresgen*, et malgré la facilité que présente la perforation de la paroi du sinus à ce niveau, à cause de la pénétration possible du trocart dans la cavité orbitaire. Ce n'est pas là un danger illusoire. Les recherches anatomiques de *Zuckerkandl* et de *Lermoyez* nous ont appris en effet que dans certains cas, qui sont loin d'être exceptionnels, la paroi externe du méat moyen touche la paroi inférieure de l'orbite dans une grande partie de son étendue.

Avant d'introduire le trocart, nous coçainons soigneusement toute la paroi externe du méat inférieur. Nous n'employons pas le spéculum à deux valves qui a le désavantage d'augmenter pour ainsi dire la longueur de la fosse nasale; nous préférons le spéculum de *Palmer* qui n'apporte aucune gêne à l'introduction du trocart. Cela fait et l'instrument aseptisé préalablement, nous allons placer la pointe de l'aiguille, le biseau dirigé en dehors et un peu en haut, en un point de la paroi externe du méat situé à 4 centimètres  $1/2$  environ de l'entrée des narines. Appuyant ensuite, et parfois avec une certaine force, nous avons bientôt la sensation d'une résistance vaincue

qui nous indique que la pointe de l'aiguille a pénétré dans le sinus. Si, malgré un effort assez considérable, on ne parvient pas à traverser la cloison osseuse, il faut retirer doucement l'instrument, le replacer quelques millimètres plus loin ou plus en avant et recommencer la même manœuvre; nous n'avons jamais rencontré de sujets chez qui la ponction ait été rendue impraticable par l'épaisseur de la paroi du sinus.

La principale difficulté, la seule qui nous a rendu dans certains cas la ponction impossible, est la déviation de la cloison.

Il peut arriver, et cela est arrivé à l'un de nous, dans un cas où la pointe de l'aiguille était émoussée, de ne pas perforer la cloison osseuse et de pousser l'aiguille entre l'os et le tissu sous-muqueux. C'est là un accident de technique qui peut avoir des inconvénients sérieux, puisqu'il expose à l'introduction d'eau ou d'air entre la muqueuse et l'os. On devra se rappeler que pour bien introduire l'aiguille, il faut ponctionner en tenant l'instrument aussi perpendiculairement que possible à la paroi externe de la fosse nasale, et il ne faut pas craindre pour cela d'appuyer fortement sur la sous-cloison. Quand l'instrument est bien placé, il doit être immobile, faire corps avec la fosse nasale, et la grosse extrémité doit presser sur la sous-cloison et la faire dévier du côté opposé.

Lorsque l'aiguille a été introduite comme nous venons de l'indiquer, la pointe est placée dans la cavité du sinus de telle sorte que le biseau regarde en dehors et un peu en haut. Cela a, croyons-nous, une certaine importance. Si la pointe de l'aiguille en effet est placée de manière que l'ouverture regarde en dedans, c'est-à-dire la paroi interne du sinus, il peut arriver que la lumière soit obstruée par la paroi elle-même ou par une granulation située à ce niveau, et alors ni l'air, ni un liquide quelconque ne pourront arriver à l'intérieur du sinus, bien que l'instrument y ait pénétré. C'est ce qui nous est arrivé pour la malade qui fait le sujet de l'Observ. XXI.

Mais enfin, supposons que la ponction ait été faite avec succès et que l'aiguille soit placée d'une manière convenable dans la cavité du sinus. Aussitôt, le malade est débarrassé du spéculum de Palmer qui ne pourrait que le gêner inutilement.

Il peut se faire qu'on voie du sang couler goutte à goutte de l'extrémité restée libre de l'aiguille. Cela est déjà, à notre avis, une présomption en faveur de la sinusite; il n'y a que des fongosités en effet qui peuvent donner du sang en assez grande abondance pour qu'il vienne dans ces conditions s'écouler au dehors. Il est juste de dire d'ailleurs que c'est là un signe que nous avons eu rarement l'occasion d'observer. Le plus ordinairement, on ne voit s'écouler aucun liquide. C'est alors que nous faisons faire au malade l'expérience de Valsalva. La pression d'air qui en résulte dans le nez et le naso-pharynx se transmet aux cavités accessoires, et nous avons pu voir fréquemment le pus se montrer à l'entrée de l'aiguille, au moyen de cette manœuvre. C'est là un procédé très sûr, et lorsqu'il est positif, on peut affirmer d'une façon certaine qu'il y a du pus à l'intérieur de la cavité maxillaire. Lorsque l'expérience de Valsalva ne nous donne pas de résultat, nous pratiquons l'aspiration à l'aide d'une seringue ajustée à l'aiguille. L'aspiration peut amener le pus dans le trocart où on l'aperçoit après avoir enlevé l'aspirateur. Dans un seul cas, chez le malade qui fait le sujet de l'observ. XX nous avons vu immédiatement, à la première aspiration, le pus filer jusque dans la seringue. Lorsqu'une première aspiration ne donne pas de résultat, il faut recommencer deux ou trois fois la même manœuvre. Nous avons pu, en la combinant avec l'expérience de Valsalva, mettre la suppuration en évidence dans la majorité des cas.

Si le Valsalva et l'aspiration n'ont pas donné de résultats, il ne faut pas se hâter de conclure que le sinus exploré est indemne. La consistance du pus maxillaire, les grumeaux qu'il renferme si souvent, expliquent suffisamment pourquoi cette épreuve n'est pas toujours positive. Il faudra donc de suite recourir au lavage. D'ailleurs le lavage est toujours nécessaire, comme nous allons l'indiquer, même lorsque l'aspiration nous a dévoilé la présence de pus dans l'intérieur du sinus.

Nous faisons le lavage avec une seringue stérilisée et de l'eau bouillie tiède. Le même embout qui nous a servi pour l'aspiration va de nouveau nous servir pour le lavage. Nous commençons par pousser très doucement l'injection. S'il y a sinusite, nous en sommes généralement avertis par le malade qui

se plaint de la mauvaise odeur, avant que nous l'ayons perçue nous-mêmes et avant même que le liquide de l'injection soit sorti de la fosse nasale. Si le liquide ressort propre, nous ne poursuivons pas longtemps l'expérience, nous terminerons en manœuvrant la seringue à vide à plusieurs reprises pour sécher la cavité autant que faire se peut.

Si au contraire, le lavage ramène du pus, nous continuons jusqu'à ce que l'eau qui sort de la fosse nasale nous paraisse absolument propre. Il est facile de s'en assurer en recueillant l'eau à ce moment dans une seconde cuvette. La seringue est ensuite manœuvrée à vide comme précédemment, puis l'aiguille est retirée d'un seul coup. L'orifice créé par elle dans le méat inférieur se fermera de lui-même; il n'est jamais besoin de pansements consécutifs.

Si le liquide de l'injection ne ressort pas par le nez, cet échec peut tenir à trois causes : le trocart n'a pas pénétré dans le sinus, le trocart lui-même est bouché, le sinus est cloisonné. On devra donc retirer l'aiguille, vérifier son bon fonctionnement et refaire la ponction en un point plus favorable. Un nouvel échec, surtout si l'on a nettement éprouvé cette sensation spéciale de résistance vaincue que donne la pénétration de l'aiguille dans le sinus, indiquerait vraisemblablement le cloisonnement de la cavité maxillaire. Nous n'y insistons pas autrement, c'est là une malformation que nous n'avons jamais rencontrée.

Lorsque l'aiguille est enlevée, on regarde le méat moyen, que l'on trouve toujours absolument détergé. On l'assèche soigneusement avec un ou plusieurs tampons d'ouate hydrophile, puis on abandonne le malade. Au bout d'une demi-heure ou d'une heure, il faut l'examiner à nouveau. On constatera alors, ou bien que le méat moyen est resté propre, ou bien au contraire qu'il s'est à nouveau rempli de pus. Dans le premier cas, on peut penser que le sinus frontal est indemne, dans le second, on peut conclure absolument que le sinus frontal contient du pus. Il est de toute évidence en effet que le sinus maxillaire n'a pas pu produire, dans un si faible intervalle, une quantité de pus suffisante pour venir affleurer son orifice naturel. D'autre part, on admet généralement que

l'ethmoïdite n'est jamais isolée et qu'elle accompagne l'empyème frontal. La conclusion d'empyème frontal s'impose donc, compliqué ou non d'ethmoïdite.

Telles sont la ponction exploratrice et les diverses expériences qui en découlent. Son inocuité absolue et la sûreté des renseignements qu'on en peut tirer font de ce signe la base même du diagnostic de l'empyème fronto-maxillaire. Son indolence la fait accepter par tous les malades, même les plus pusillanimes. Aussi doit-elle être toujours employée, de parti pris, lorsqu'on a affaire à une abondante suppuration nasale.

Il peut arriver et il arrive en réalité, que la production de pus dans la sinusite frontale n'est pas assez abondante pour que celui-ci se montre dans le méat moyen, une demi-heure ou une heure après le lavage du sinus maxillaire. Il se peut aussi que des granulations obstruent le canal nasal et mettent obstacle à l'écoulement du pus dans le méat. Lorsque l'éclairage n'a pas donné de résultat, il n'y a que la douleur qui puisse nous venir comme élément de diagnostic. Mais nous savons combien ce symptôme est peu fidèle.

Que faire alors pour assurer notre diagnostic? Il n'est croyons-nous, qu'un seul moyen que nous avons employé trois fois (Observ. XXI, XXX et observ. qui suit, n° 39), c'est *la trépanation exploratrice du sinus suspect*. Nous considérons que cette opération ne fait courir aucun risque au malade, et qu'elle est loin en tout cas de présenter un danger comparable à celui de la ponction *par le nez*, pratiquée par Lichtwitz, Dreyfus, Schaeffer et d'autres, et suivie de mort dans un cas rapporté par Mermod <sup>(1)</sup> (d'Yverdon). Nous pensons aussi que, en cas de doute, il vaut mieux ne pas s'abstenir, non seulement à cause des dangers que fait courir au malade un empyème frontal méconnu, mais aussi à cause de la réinfection probable du sinus maxillaire, au cas où l'on aurait ouvert et cureté ce sinus, en négligeant un empyème frontal existant. Donc, et après avoir opéré le sinus maxillaire, nous faisons à la partie la plus interne du sourcil une incision de un et demi à deux

(1) MERMOD. — Méningo-encéphalite consécutive à l'exploration d'un soi-disant sinus frontal. — *Ann. des mal. de l'or.*, avril 1896.

centimètres et nous pratiquons la trépanation avec une petite gouge à un centimètre environ au-dessus du rebord orbitaire. Si le sinus est malade, on prolonge séance tenante l'incision de la peau, on agrandit la trépanation et on poursuit l'opération comme à l'ordinaire. Dans le cas contraire, il n'y a qu'à suturer l'incision qui sera bien vite cachée dans le sourcil.

OBS. XXXIX. — M<sup>me</sup> Dup., 29 ans.

5 octobre 98. — Se plaint de ne pas pouvoir respirer du côté droit et de cracher du pus qui donne un mauvais goût.

Gros polype tombé dans le pharynx en parlant de la fosse nasale droite. On en fait l'ablation séance tenante et la respiration est rétablie.

12 octobre. — L'écoulement de pus se produit maintenant par le nez, donnant lieu toujours à un mauvais goût.

Eclairage. La joue droite est obscure. Du côté des sinus frontaux, il y a certainement une légère opacité à droite. Ponction et lavage du sinus maxillaire donnent beaucoup de pus fétide. Une heure après, on ne voit pas du pus dans le méat moyen.

17 janvier 99. — L'éclairage donne toujours le même résultat, positif pour le maxillaire, douteux pour le frontal.

4 février. — Opération. Le maxillaire est ouvert et cureté sans incidents.

Trépanation exploratrice du sinus frontal à un centimètre au-dessus et en dedans du rebord orbitaire. Le sinus est trouvé sain. L'incision est refermée avec deux points de suture. Lavages maxillaires consécutifs.

11 février. — Enlèvement du pansement frontal et des sutures. Réunion par première intention. La malade quitte la clinique.

Revue en mars, guérie de la sinusité maxillaire. L'incision du sourcil est à peine visible.

## CONCLUSION

Telles sont les réflexions que nous a suggéré l'observation des malades que nous avons vus dans ces dernières années tant à notre clinique que dans notre clientèle privée.

Dans les 39 observations qui constituent la base de ce tra-



vail, nous trouvons 41 empyèmes maxillaires et 11 empyèmes frontaux. Chez aucun malade nous n'avons rencontré l'empyème frontal isolé.

Nous avons fait 18 fois la cure radicale de l'empyème maxillaire et nous avons eu 3 récurrences. 8 fois, nous avons fait la cure radicale de l'empyème frontal et nous n'avons jamais observé de récurrences.

Les lavages du sinus maxillaire nous ont donné 8 guérisons.

Dans les 13 autres cas d'empyème maxillaire, 7 malades ont été trépanés par l'alvéole et continuent de suppurer. Les 8 autres ont refusé toute intervention.

---

## LA PHOTOGRAPHIE STÉRÉOSCOPIQUE DU LARYNX

Par le Dr **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon (1).

A la réunion de 1898, j'ai eu l'honneur de présenter à mes collègues un petit appareil destiné à photographier l'image du larynx telle qu'on la voit dans le miroir laryngien. Cet appareil n'était rien autre qu'une copie de l'appareil de Th. French, du moins dans ses lignes essentielles. Grâce aux progrès de la photographie, grâce à la rapidité des émulsions et au perfectionnement des pellicules, il m'avait été permis d'apporter à l'appareil de French quelques simplifications rendant son emploi plus facile et plus pratique. Cet appareil, quoique d'un prix minime, permettait d'obtenir des résultats aussi bons que ceux des différents auteurs qui se sont occupés de la question.

Je désire tout d'abord retracer les diverses phases par lesquelles a passé l'étude de la photographie du larynx.

L'idée de photographier le larynx ne date pas d'hier, elle vint à la pensée des premiers inventeurs de la laryngoscopie. En 1860, Czermak, avait imaginé, mais sans grand succès, un appareil destiné à montrer l'image du larynx à un cercle de spectateurs. L'année suivante, il essaya de photographier l'image du larynx, et il exposa à l'Académie royale des sciences de Vienne le résultat des premières recherches qu'il avait faites en collaboration avec le photographe Brandeis de Prague. Son procédé était d'un emploi limité, car il reposait sur la méthode autolaryngoscopique. L'opérateur devait projeter sa propre image laryngée au moyen d'un miroir sur une petite

(1) Communication faite à la Société française de laryngologie, mai 1899.

chambre noire munie de quatre objectifs. Deux de ces objectifs servaient à prendre des images stéréoscopiques, un autre servait aussi pour la photographie. Quant au quatrième, il remplissait les fonctions de viseur pour la mise au point. La source lumineuse était bien la lumière solaire, mais à cette époque, les couches sensibles étaient loin d'avoir la rapidité actuelle et il était nécessaire de poser quelques secondes,

On voit que l'idée de prendre des vues stéréoscopiques est aussi ancienne que possible. En effet, les découvertes de Wheatstone, de Giraud-Teulon, de Brewster et autres venaient de recevoir une application très pratique dans le système de stéréoscope imaginé par Duboscq. Rien d'étonnant à ce que Czermak voulut appliquer la méthode stéréoscopique à la photographie du larynx. Malheureusement l'état peu avancé de la photographie ne lui permit pas de mener à bien ses recherches. Il obtint des images excessivement petites qu'il fallait examiner avec une sorte de microstéréoscope et le grossissement trop fort faisait perdre la plus grande valeur à l'image.

Mad. de Paris, en 1860 également, présenta à Vienne un appareil permettant de photographier, et son propre larynx et celui d'autres personnes. On pouvait obtenir l'image laryngée en grandeur naturelle, en agrandissement et en réduction. Nulle part on ne retrouve la moindre description de cet appareil.

Stein de Francfort entreprit plus tard des recherches dans le même sens que Czermak, c'est-à-dire en se basant sur la méthode autolaryngoscopique. L'ère de la photographie instantanée était ouverte et il put se servir d'un obturateur fonctionnant à 1/30 de seconde.

Les recherches intéressantes de Th. French de Brooklyn remontent à 1882, elles ont été publiées au Congrès international de Copenhague en 1884. French a eu le mérite d'imaginer un appareil relativement simple permettant d'opérer sans le secours d'aucun aide. C'est le système auquel je me suis rattaché après avoir essayé sans succès plusieurs autres dispositifs.

L'appareil de French consiste en une petite chambre longue

de 23 centimètres sur une largeur de 4 centimètres à peine. La chambre sert de manche au miroir laryngien placé sur le côté de l'objectif. Pour prendre une photographie, on fait asseoir le malade le dos tourné au soleil. On introduit le miroir dans la bouche en ayant soin de ramener la chambre devant l'œil droit, tandis que l'œil gauche suit l'image à travers le trou d'un miroir frontal. Ce miroir reçoit les rayons solaires et les renvoie sur le miroir laryngien. Toutefois French, pour rendre la lumière plus intense, interpose entre les rayons solaires et le miroir frontal un cône concentrateur.

Lorsque l'image laryngée paraît bien éclairée, on presse avec l'index sur un bouton placé au-dessous de l'objectif pour déclancher l'obturateur. La pose est de  $1/6$  de seconde environ, et en cinq minutes on peut prendre quatre ou cinq plaques. En 1897, French indique un nouveau dispositif au moyen duquel il peut photographier le larynx à toute heure du jour et de la nuit. Il utilise à cet effet comme source lumineuse un arc voltaïque de deux milles bougies avec concentrateur.

L'appareil de French est sans contredit le plus simple et le plus pratique de tous ceux employés jusqu'à ce jour. Je dois cependant une mention aux différents autres systèmes qui ont été préconisés.

En 1884, Lennox-Browne et Behnke à Londres arrivent à photographier le larynx avec un appareil très compliqué et hors de proportion avec le but à atteindre. Ils se servaient d'un arc voltaïque de dix milles bougies et l'opération réclamait le concours de plusieurs personnes : médecin, photographe et électricien. Ils n'obtinrent qu'une image de très petite dimension comme l'on peut s'en convaincre d'après la planche publiée dans leur ouvrage : *Voice, Song and Speech*.

La même année, Stein reprend ses recherches et fixe la chambre noire sur le manche du miroir laryngien. Comme source lumineuse il adapte en bas du miroir une petite lampe à incandescence et pour éviter de brûler le voile du palais il double le miroir d'un système de circulation d'eau froide. Le point une fois déterminé, il remplace le verre dépoli par une plaque sensible et prend une vue instantanée. On peut faire à

cet appareil plusieurs reproches : insuffisance d'éclairage, miroir encombrant à cause de la lampe et de son système de circulation d'eau.

En juillet 1884, Beregszazy de Francfort perfectionne le procédé de Stein. Il supprime le courant d'eau et même le miroir laryngien. Il construit une chambre minuscule de la dimension du miroir de manière à prendre des images directes au lieu des images réfléchies dans le miroir. Mais on ne peut vérifier si la chambre est bien dans l'axe du larynx, la mise au point est également impossible. En somme, le procédé est peu sûr et réclame beaucoup de temps si l'on veut faire plusieurs opérations successives.

Richard Wagner, en 1890, entre dans une voie nouvelle. Il dit (en cela il a théoriquement raison) que l'objectif et la chambre noire doivent se trouver dans l'axe même des rayons lumineux. Aussi, il munit l'objectif à sa partie antérieure d'un miroir concave monté à genouillère et percé au centre au niveau de l'objectif. Les rayons lumineux reçus sur ce miroir concave sont projetés dans la bouche sur le miroir laryngien qui les réfléchit à son tour par l'objectif sur le fond de la chambre noire. L'opérateur placé sur la droite de la chambre noire introduit le miroir laryngien et au moyen d'une combinaison de deux miroirs vérifie si l'image laryngée est bien en place. Quand le larynx apparaît nettement dans le centre du miroir il presse de la main gauche sur une poire de caoutchouc qui fait déclancher l'obturateur. Un appui-tête est indispensable pour immobiliser le sujet et il faut un aide pour la mise au point. Il y a quelques années, j'ai construit un appareil d'après le système de Wagner, mais, j'ai dû le laisser de côté à cause de sa complication. Wagner se sert d'une lampe à ruban de magnésium fonctionnant par un mouvement d'horlogerie, mais cette source lumineuse est très désagréable à cause des abondants nuages de magnésie qu'elle répand dans l'air.

En 1891, Killian de Fribourg-en-Brisgau se sert d'un miroir concave derrière lequel il place un prisme à réflexion totale doublé sur sa face postérieure d'un autre prisme plus petit comme viseur. A la droite de l'opérateur se trouve une cham-

bre noire dont l'axe est perpendiculaire à l'axe visuel et qui reçoit de la sorte l'image réfléchie par le prisme. La chambre noire peut être de grande dimension et au moyen d'un écran on peut même faire des projections. J'ai également essayé cette méthode, mais elle est passablement compliquée et exige toujours la présence d'un aide compétent.

Je recommande toutefois la lecture du travail de Killian (*Münch. med. Wochensch.*, 7 février 1893), on y trouvera une série de figures schématiques qui font parfaitement bien comprendre les divers dispositifs adoptés par tous les auteurs qui se sont occupés de la photographie du larynx.

Musehold, en 1893, a imaginé un appareil qui permet d'opérer sans le secours d'un aide. Cet appareil permet de viser directement le larynx, et, grâce à un objectif de Steinhel de 12,4 de foyer il obtient de fort belles images de  $\frac{4}{3}$  de la grandeur naturelle. L'appareil a la forme d'un télescope fixé sur un pied à coulisse. Il se compose d'un objectif et d'un oculaire, le tout placé en arrière d'un réflecteur à genouillère. La mise au point se fait à la loupe et au moyen d'une simple lampe. Le point une fois déterminé, on glisse rapidement la plaque sensible à la place du verre dépoli. A ce moment il se produit un contact électrique qui fait jaillir en avant de la lampe un éclair magnésique. On soustrait aussitôt la plaque sensible à l'influence de la lumière. Si cet appareil donne de belles images, il faut convenir qu'il est peu pratique. On ne peut opérer que le soir ou dans un cabinet noir, chaque pose réclame de véritables préparatifs, puis après deux ou trois éclairs la pièce devient inhabitable. Il y aurait peu de mal à cela si toutes les poses réussissaient, mais il est loin d'en être ainsi.

En 1897, le même auteur publie dans les *Archiv. für Laryngologie*, Bd. VII une étude sur la position des cordes dans le chant, basée sur des expériences stroboscopiques et photographiques. Il décrit d'abord un stroboscope fort ingénieux de son invention, puis il nous montre une série de photographies prises avec cet appareil. Pour cela il place la chambre noire en arrière du réflecteur et du disque stroboscopique. Mais on ne peut opérer instantanément, il faut poser quelque peu et

pour obtenir un bon résultat il est indispensable que le disque fenêtré tourne avec une régularité parfaite. Le sujet doit en outre soutenir le son bien exactement à la même hauteur.

L'année suivante, Flatau de Berlin adapte une chambre noire sur l'abaisse-langue de Kirstein pour l'autoscopie directe. Comme source lumineuse il emploie une lampe placée à sa droite et derrière lui. En avant de la lampe se trouve sur une cupule un mélange magnésique que l'on enflamme, au moment voulu, au moyen d'un contact électrique placé sous le pied. Beaucoup de préparatifs en somme pour prendre une seule vue. Puis nous sommes tous fixés sur la valeur relative de la méthode de Kirstein et sur les difficultés de son application.

Ajoutons enfin que la même année, R. Wagner a résumé la question de la photographie du larynx dans le *Traité de Heymann*, sans signaler aucun fait nouveau.

Je dois pour n'oublier personne signaler les recherches entreprises il a quelques années par Nicolaï de Milan. Je n'ai trouvé nulle part la description de son appareil.

Pour ma part, j'ai commencé mes recherches depuis 1884, mais j'avoue qu'à plusieurs reprises je me suis découragé. Cela se comprend facilement puisque French déclare lui-même qu'il a fait plus de 1500 clichés avant de réussir. J'ai essayé en vain les procédés de French, de Wagner, de Killian. Finalement je suis revenu à mon point de départ, c'est-à-dire à l'appareil de French en lui faisant subir des simplifications plutôt que des modifications véritables. J'ai en premier lieu supprimé tout le système de lentilles pour concentrer les rayons lumineux. Puis j'ai remplacé les clichés sur verre par des bandes de pellicules qui me permettent de prendre 25 vues différentes en moins de dix minutes. De cette façon je suis certain, sur ce nombre, d'avoir toujours quelques bons clichés. Ce que l'on doit chercher surtout, c'est un appareil simple que l'on ait toujours sous la main et dont on puisse se servir à toute heure sans le secours d'aucun aide. Primitivement la lumière solaire était seule utilisable, c'était là le seul inconvénient de l'appareil de French, inconvénient considérable il faut le reconnaître. Mais depuis 1897, French a démontré qu'on pouvait parfaitement réussir avec un arc voltaïque de 2 000 bougies, je n'ai pas encore eu le

temps de faire des expériences dans ce sens, mais je ne doute pas du succès, d'autant plus qu'il m'est arrivé d'obtenir de bons résultats avec la simple lampe à ruban de magnésium. Je sais bien que l'on a fait des reproches à l'appareil de French. On lui a objecté la difficulté de la mise au point. Mais avec un peu de patience on arrive à avoir des points de repère assez précis suivant que l'on opère sur des hommes ou sur des femmes.

L'année dernière, j'ai montré à la Société de Laryngologie mes premiers résultats. Ce n'était que la première étape de mes recherches. Mon but principal était d'obtenir des épreuves stéréoscopiques qui seules peuvent donner la sensation de profondeur. Dans l'espèce, les notions de relief sont excessivement importantes.

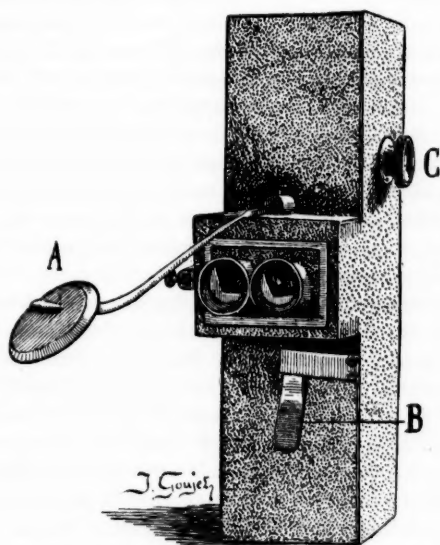
Je n'ai pas l'intention de vous décrire l'appareil pour vues simples, je me contenterai de vous donner la description de l'appareil stéréoscopique. L'un et l'autre sont construits d'une façon identique, la seule différence du dernier provient de ce qu'il est muni d'un double objectif.

Comme je l'ai dit, les premières recherches stéréoscopiques furent faites par Czermak, le premier qui tenta de photographier le larynx ; mais ses tentatives échouèrent parce qu'il obtenait des images trop petites et parce qu'il ne pouvait opérer que par autolaryngoscopie. Parmi les autres expérimentateurs, aucun n'a cherché à obtenir des images stéréoscopiques. French seul, dit qu'en ayant soin de modifier légèrement la position de la chambre noire en prenant plusieurs clichés successifs, on peut parfois en trouver deux susceptibles d'être accouplés et examinés au stéréoscope. Mais pour quiconque s'est occupé de stéréoscopie, il est facile de se rendre compte que ce n'est que par un hasard exceptionnel que l'on peut arriver à accoupler stéréoscopiquement deux poses successives d'un organe aussi mobile que le larynx. Il y a loin de là à la disposition rigoureuse scientifique que j'ai adoptée.

Mon appareil se compose essentiellement d'une boîte rectangulaire longue de 20 centimètres et de 5 centimètres de largeur et de profondeur. Sur le milieu de la chambre noire sont fixés deux objectifs rectilinéaires rapides n° 2 de la série E de Balbreck, diaphragmés à  $f/11$  et d'une longueur focale



de 0,055. Mais comme il s'agit de photographier un objet très rapproché, il faut augmenter la distance focale jusqu'à 0,075 ou 0,078 et l'ouverture du diaphragme approche sensiblement du rapport  $f/15$ .



Chambre noire pour la photographie stéréoscopique du larynx.

Au-dessus des objectifs se trouve une coulisse en cuivre pour fixer le miroir laryngien A. La tige du miroir, grâce à son extrémité quadrangulaire, garde une position absolument fixe et immobile, elle est, en outre, courbée de telle manière que le miroir se trouve bien dans l'axe des objectifs.

Il est d'ailleurs recommandé, avant chaque séance, de bien régler la position du miroir au moyen d'un verre dépoli.

Le centre du miroir est placé à 14 centimètres  $\frac{3}{4}$  environ du diaphragme des objectifs, mais l'image laryngée formée dans le miroir se trouve, en réalité, à une distance de 20 centimètres du diaphragme. C'est le point minimum que j'ai

adopté pour obtenir l'image nette du larynx chez la femme. Pour l'homme, la distance entre le larynx et le miroir est un peu plus grande et le point doit être modifié. Il y a deux moyens de trancher la question.

En premier lieu, on peut diminuer d'une petite quantité la distance entre l'objectif et la plaque sensible. En second lieu, on maintient l'objectif à la même distance, mais, par contre, on diminue légèrement la longueur de la tige du miroir laryngien, c'est-à-dire, on se rapproche un peu de l'objet à photographier. En pratique, deux ou trois millimètres de différence dans la longueur de la tige du miroir suffisent pour la grande majorité des cas. On se souviendra que la plus grande longueur de tige répond au larynx le plus rapproché (larynx de femme), la plus petite longueur sera réservée pour le larynx masculin, plus profondément situé.

Je sais bien que le plus grand reproche que l'on ait fait à l'appareil de French, c'est la difficulté d'une mise au point rigoureuse pour chaque malade. Mais il est facile d'y arriver après quelques tâtonnements. Cette objection perd beaucoup de sa valeur quand on compare la simplicité du dispositif de French avec la complication de tous les autres systèmes. D'ailleurs, l'appareil, tel que je le présente aujourd'hui, offre un avantage plus considérable encore, car il permet de prendre dans le minimum de temps vingt-quatre clichés, grâce à l'emploi des pellicules sensibles. Ces dernières se trouvent partout maintenant dans le commerce. Je me sers, soit des pellicules de la Compagnie Eastmann, fabriquées pour le Pocket Kodak, soit de celles de la maison Lumière, de Lyon, s'adaptant au même appareil.

MM. Lumière ont eu l'obligeance de me remettre une série de pellicules avec lesquelles j'ai obtenu de bons résultats. Si j'ajoute que l'on peut charger à nouveau la chambre noire en plein jour, on verra que l'on peut faire un nombre illimité de clichés sans le moindre dérangement. Il en est tout autrement quand on opère avec des châssis ordinaires garnis de plaques sensibles.

Au-dessous des objectifs est fixé un petit levier B qui se place naturellement sous l'index et sert à déclancher l'obtu-

rateur. Ce dernier est une guillotine ordinaire qui tombe verticalement de son propre poids et qui permet, par conséquent, une pose relativement lente, quoique instantanée.

D'ailleurs, avec les cordes vocales qui vibrent avec tant de rapidité, il ne faut pas avoir la prétention de faire de l'instantanéité absolue.

Le bouton C, placé sur le côté de l'appareil, sert à dérouler la pellicule d'une quantité déterminée après chaque pose. En arrière de la boîte on voit deux petites fenêtres rondes garnies d'un verre rouge, elles ont pour but de faciliter le contrôle du déroulement de la pellicule. On sait que les rouleaux pelliculaires du Pocket Kodak ont une longueur calculée pour douze clichés de 6 centimètres de long chacun. La pellicule est doublée d'un papier noir indiquant les numéros des douze poses. Mais dans notre système, nos clichés ne demandent qu'une longueur de 3 centimètres, et nous en prenons deux sur chaque segment réservé à un seul cliché du Kodak. C'est pour ce motif que nous avons deux fenêtres de contrôle distantes de 3 centimètres, et chaque numéro doit être arrêté successivement devant chacune des deux fenêtres.

Il est maintenant utile d'indiquer comment il faut procéder pour prendre la vue stéréoscopique du larynx.

Le malade est assis le dos tourné au soleil. L'opérateur arme son front d'un miroir frontal ordinaire et tourne le miroir du côté de l'œil gauche en l'inclinant de telle façon que les rayons solaires soient projetés dans la direction du voile du palais. On arme l'obturateur, puis on chauffe légèrement le miroir laryngien. On saisit alors la chambre noire par sa partie inférieure, de manière que l'index droit se trouve à portée du levier B. On introduit le miroir dans la bouche du patient en ayant soin de tenir la chambre noire en avant de l'œil droit. Il est préférable que le malade tienne lui-même sa langue pour laisser la main gauche de l'opérateur régler facilement l'inclinaison du miroir frontal. Quand l'image apparaît vivement éclairée dans le miroir laryngien, il faut rapprocher le plus possible la chambre noire du dos du nez pour que l'angle d'incidence du faisceau lumineux et son angle de réflexion ou de retour vers l'objectif soient très aigus. Dès que

l'image parait bien lumineuse et bien centrée, on presse sur le levier qui fait tomber l'obturateur. Ceci fait, on déroule la pellicule d'une quantité déterminée et on recommence l'opération au besoin vingt-quatre fois de suite.

Je dois faire remarquer que l'image doit être considérée comme étant en bonne position lorsque l'on commence à la perdre de vue de l'œil gauche ou bien qu'on n'en voit plus que la moitié. C'est le moment précis qu'il est bon de choisir pour faire jouer l'obturateur.

Je n'insisterai pas sur le mode de développement de la pellicule, tous les procédés sont bons suivant l'habitude de l'opérateur. Bien qu'en règle générale on doive rejeter les développeurs automatiques, je dois reconnaître que mes meilleurs résultats ont été obtenus avec un développeur tout préparé, le parfait révélateur de Mercier, qui a le mérite de ne pas donner de voile, si nuisible pour ces petites épreuves, et qui développe très lentement. La pellicule une fois fixée doit être plongée pendant quelques minutes dans un bain composé de parties égales d'eau et d'alcool, additionné de 30 centimètres cubes de glycérine par litre. Ce bain a pour but d'empêcher la pellicule de se rouler sur elle-même après le séchage.

L'image obtenue sur la pellicule a un diamètre de 1 centimètre environ. Pour avoir une image à peu près complète des deux côtés, il faut se servir de miroirs de 32 millimètres de diamètre. Puis si l'on veut que l'image soit également prise entière dans la hauteur du miroir, il sera indispensable de donner à celui-ci une inclinaison déterminée. Cette inclinaison a une importance capitale pour le succès de l'opération. Comme French, je me sers de miroirs inclinés à 135 ou 140 degrés par rapport à l'axe des objectifs.

Sur la bande pelliculaire développée, je choisis les meilleures poses et j'en tire par contact de petits positifs sur verre. Ces positifs placés dans un cône d'agrandissement me donnent des négatifs agrandis de la dimension même du larynx. Ce cône a été construit en effet, de telle sorte qu'il présente entre le négatif et le positif agrandi les mêmes dimensions et les mêmes rapports qui existent dans l'appareil stéréoscopique entre le négatif et le larynx. C'est une opération inverse de celle de la prise du premier cliché.

Avec le négatif agrandi on obtient ensuite des épreuves sur papier ou sur verre. Pour ceux qui ne sont pas familiarisés avec les manipulations stéréoscopiques, je dois dire qu'il faut inverser les épreuves, c'est-à-dire mettre celle de gauche à droite et *vice versa*, tout en les repérant très exactement sur la même ligne horizontale et en leur donnant un écartement convenable pour être vues au stéréoscope.

Il n'est même pas nécessaire de faire des épreuves agrandies qui perdent toujours une partie de leur netteté, il est possible avec un peu de soin de monter en les inversant les deux parties du petit négatif sur une bande de papier noir percée à l'emporte-pièce de deux trous ronds de 13 millimètres de diamètre, distants l'un de l'autre de 5 centimètres  $\frac{3}{4}$ . On crée de la sorte un négatif double avec lequel on tire des positifs sur verre ou sur papier que l'on examine au vérascope.

J'ai annexé à ce travail deux planches hors texte montrant d'un côté les épreuves obtenues avec l'appareil simple, d'un autre côté celles provenant de l'appareil stéréoscopique. Ces dernières sont de beaucoup les plus intéressantes, grâce au relief qu'elles présentent. La glotte s'observe dans toute sa profondeur avec ses dimensions exactes. Cela constitue pour les publications scientifiques des documents de la plus grande valeur.

Il n'est pas besoin pour examiner ces planches stéréoscopiquement de les détacher du texte. Il se fabrique actuellement de petits stéréoscopes consistant simplement en deux lentilles ou prismes montés sur une planchette <sup>(1)</sup>. Pour ceux qui n'ont pas l'habitude de s'en servir, voici le moyen le plus pratique. On place les deux lentilles sur chacune des deux images, puis on les éloigne lentement du papier. On voit alors les deux images se rapprocher peu à peu l'une de l'autre. Au moment où elle semblent se superposer on approche les yeux des lentilles et le relief est aussitôt perçu. La seule précaution à observer est de maintenir toujours le petit stéréoscope dans une position parallèle avec l'axe horizontal des images.

(1) Le meilleur appareil de ce genre, à mon avis, est le stéréoscope face-à-main de la Maison Legendre, 8 rue Pastourelle à Paris.

Je suis heureux d'offrir à mes collègues la primeur de mes recherches touchant la photographie stéréoscopique du larynx. Si d'autres avant moi ont eu cette idée, je crois néanmoins être le premier à l'avoir réalisée d'une manière pratique et simple et avec un dispositif fort peu dispendieux. Je ne veux pas dire bien entendu que je suis l'inventeur du procédé, tout le mérite en revient à Th. French. Je n'ai fait qu'une chose, j'ai muni l'appareil de bandes pelliculaires et je l'ai transformé en stéréoscope. Grâce à cet appareil, il sera permis d'illustrer les publications de planches fort instructives qui, au simple examen, en diront plus que les descriptions les mieux détaillées.

### Légende des planches.

Pl. I. — Vues prises avec l'appareil stéréoscopique.

N° 1. — Larynx normal, la glotte légèrement ouverte.

2. — Larynx normal en phonation.

3. — Larynx normal, la glotte largement ouverte en position respiratoire.

Entre 1 et 2, petit larynx normal en phonation pour être vu au vérascope.

Entre 2 et 3, larynx normal en position respiratoire pour être vu au vérascope.

Pl. II. — Vues prises avec l'appareil simple.

N° 1, 2 et 9. — Glotte normale en position respiratoire.

3. — Larynx normal en phonation.

4. — Gros polype de la commissure antérieure.

5. — Petit polype du larynx.

6. — Nodules des chanteurs.

7. — Tuberculose laryngée.

8. — Végétation inter-aryténoïdienne.

Nota. — Ces planches, reproduites par les procédés photomécaniques, ne donnent qu'une idée imparfaite de la finesse des images que l'on obtiendra soi-même directement sur papier ou sur verre d'après les clichés primitifs. Elles ont, d'ailleurs, été obtenues d'après des épreuves sur papier et non d'après les clichés originaux.

es  
x.  
re  
le  
re  
ite  
ni  
é-  
u-  
n,

s-  
6-  
nu

s,  
on  
li-  
es



1.



2.



3.







1.



2.



3.



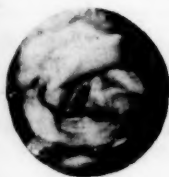
4.



5.



6.



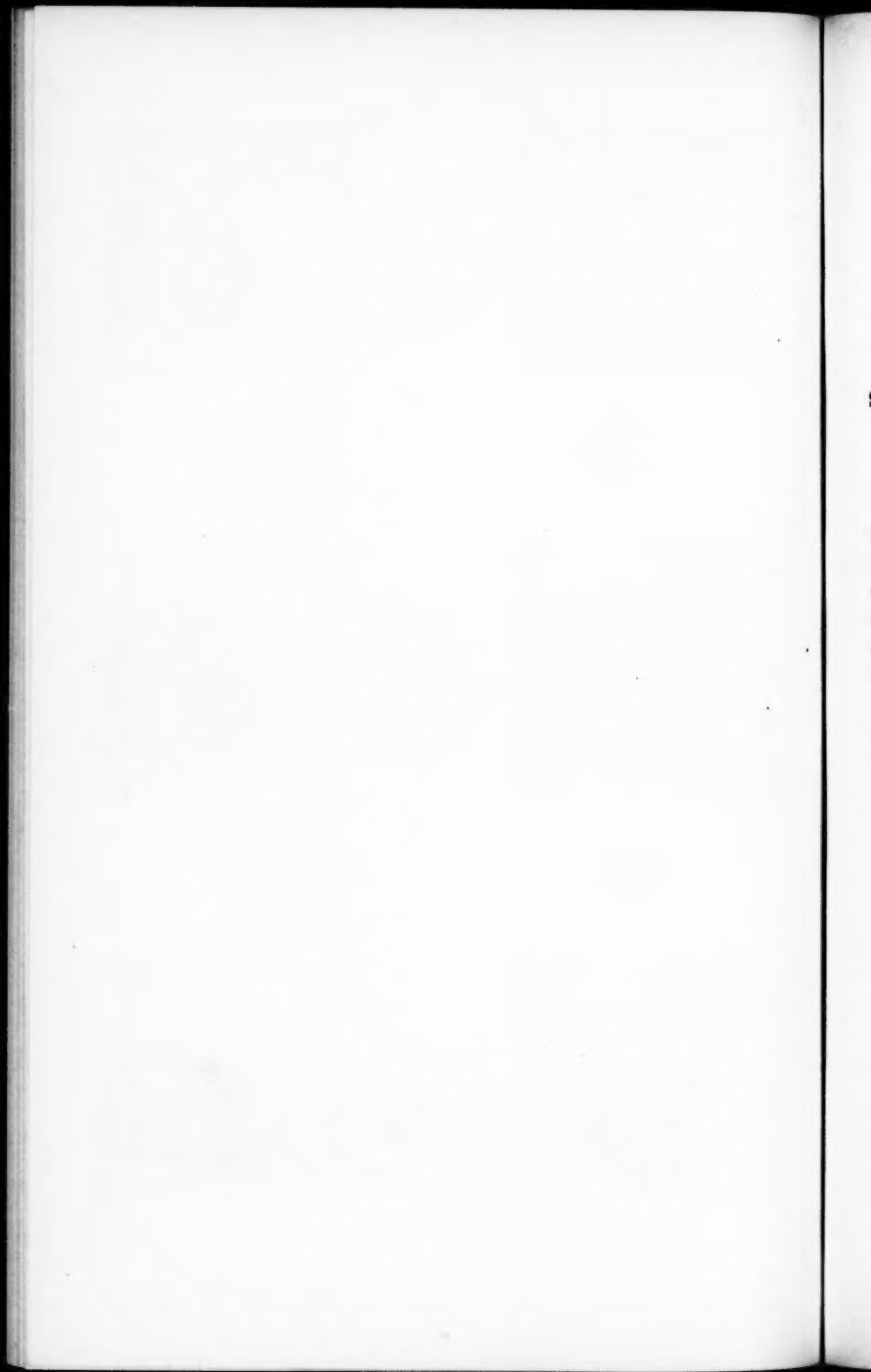
7.



8.



9.



### III

## SUR LES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES CHEZ L'ADULTE

Par **Louis VACHER**, d'Orléans.

Malgré les nombreux travaux publiés sur ce sujet, parmi lesquels je citerai ceux de Raulin, Moure, Jacques, Cuvillier, Helme, Lermoyez, Luc, Chatellier, Lœwenberg, etc. Je crois qu'il y a beaucoup à dire encore, car certains côtés de cette étude ont été, jusqu'à ce jour, presque complètement négligés. Je n'ai pas la prétention de combler ces lacunes ; mais seulement d'apporter une petite pierre à l'édifice commun.

Dans la communication que j'ai eu l'honneur de faire à notre réunion de 1894, j'ai insisté sur ce fait que le public médical n'attachait pas une importance suffisante aux inflammations du pharynx nasal. J'avais laissé de côté la question des adénoïdes ne voulant parler que de la pharyngite chronique simple ou granuleuse, des complications qu'on peut lui attribuer, des relations très nombreuses entre les maladies du cavum, celles de l'oreille moyenne, du nez, des voies lacrymales. Depuis ce moment j'ai continué mes observations et je me suis rendu compte qu'il faut incriminer l'amygdale pharyngienne encore plus souvent qu'on ne le fait aujourd'hui et que même, sous un petit volume, elle est souvent nuisible.

Les statistiques sur la fréquence des végétations adénoïdes chez l'adulte sont encore peu nombreuses. Elles n'indiquent généralement pas la coexistence d'autres lésions des organes voisins, résultat probable de leur présence. J'ai pris l'habitude d'examiner systématiquement le cavum de tous les malades qui viennent me consulter et de noter les moindres particularités qu'il présente. Lorsqu'un adulte porte en même temps

des lésions auriculaires et nasales, il est exceptionnel de ne pas constater des lésions de l'amygdale pharyngienne.

J'ai voulu me rendre compte aussi de la fréquence des végétations adénoïdes chez les soldats, qui devraient en être rarement porteurs puisqu'ils sont une sélection parmi les adultes, et qu'ils doivent être exempts d'affections auriculaires ou nasales sérieuses. Un de mes excellents confrères militaire qui vient très souvent travailler à ma clinique, le Dr Sexe, médecin aide-major au 32<sup>e</sup> d'artillerie, a bien voulu examiner 400 hommes de son régiment.

Voici le résultat de son travail.

Son examen a porté sur 400 hommes provenant de 44 départements. L'âge moyen de ces hommes est 22 ans. Sur 49 le Dr Sexe a trouvé des productions anormales dans le cavum : 25 étaient porteurs de végétations adénoïdes ; 18 présentaient une hypertrophie de l'amygdale pharyngienne avec diverses malformations, soit de l'isthme du gosier, soit des fosses nasales.

Sur les 25 porteurs de végétations adénoïdes étendues ou volumineuses, 10 présentaient des symptômes subjectifs, nécessitant l'opération, les 15 autres ne se doutaient pas de leur affection, la supportaient sans inconvénient, n'en avaient jamais souffert.

Si nous convenons que l'amygdale pharyngienne est cette masse de tissu lymphoïde, spongieux, d'aspect irrégulier et bosselé, situé à la partie médiane de la voûte du pharynx, entre les deux orifices des trompes, que cette masse fait partie de ce que Waldeyer a appelé l'anneau lymphatique de la gorge, que cet anneau lymphatique, situé presque verticalement, part de l'amygdale linguale, passe par les amygdales palatines et les amygdales tubaires, et aboutit à l'amygdale pharyngée (Cuvillier), nous admettrons aussi qu'il y a des relations intimes entre les différentes parties de cet anneau, que les lésions d'une de ces parties, par suite des communications lymphatiques, ont une répercussion morbide sur les autres, et qu'il est nécessaire de porter examen et traitement sur l'ensemble de tout cet anneau lymphatique, si l'on veut obtenir la guérison, prévenir les récidives ou les complications de voisinage.

En passant en revue les 18 cas dans lesquels le Dr Sexe a trouvé, soit une amygdale pharyngienne centrale volumineuse, simple, bilobée, trilobée, avec plusieurs pertuis, plusieurs sillons, soit des malformations du cavum, productions lymphoïdes au voisinage des trompes, déformation de la voûte, je constate que très rarement il a trouvé en même temps des queues de cornet volumineuses, de la déviation de la cloison, de la rhinite hypertrophique, de l'anosmie, de la diminution de l'acuité auditive.

Mais, si j'examine les 25 autres qui sont tous franchement adénoïdiens, je trouve que plus de la moitié sont porteurs en même temps d'amygdales palatines volumineuses, de queues de cornet, de rhinite hypertrophique variable. Je trouve sur un, une amygdalite pharyngée lacunaire, sur deux autres une amygdale linguale très volumineuse, cinq ont déjà subi l'ablation des amygdales palatines qui étaient énormes, deux ont une athrésie presque complète des fosses nasales.

Si l'on généralisait cet examen, si, dès l'arrivée au corps, les jeunes soldats subissaient la revue complète de leur pharynx nasal, il en résulterait une statistique fort intéressante parce qu'elle porterait sur des sujets choisis formant l'élite de la jeunesse au point de vue constitutionnel. Les jeunes gens les plus atteints seraient opérés. Nous verrions de ce fait diminuer le nombre des otites scléreuses, des otorrhées dont le point de départ est souvent une amygdalite pharyngée, récédant au moindre froid, à la moindre infection. Généralisant cette mesure je dirai que cet examen du pharynx nasal devrait être obligatoire comme la vaccine.

Le nombre des queues de cornet, des rhinites hypertrophiques ne tarderait pas non plus à diminuer, car il est hors de doute que les veines de l'amygdale pharyngienne sont en communication avec celles des fosses nasales, et que Trautmann était dans le vrai lorsqu'il a expliqué, par cette particularité anatomique, l'hypertrophie secondaire des cornets, par stase sanguine dans le cas de végétations adénoïdes. L'hypertrophie des cornets existe quelquefois seule, alors qu'on trouve un cavum normal, mais le plus souvent elle succède à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne. Du reste, lorsque

à l'âge adulte on trouve l'hypertrophie des cornets seule, il est plausible d'admettre que leur cause a déjà disparu, et dans ces cas, il est rare de ne pas constater en même temps une hypertrophie des amygdales palatines, de l'amygdale linguale, et des trainées de tissu lymphoïde remontant le long des piliers postérieurs jusqu'au voisinage des trompes.

Pour compléter les observations recueillies sur les quatre cents hommes examinés par le Dr Sexe, j'ai recherché sur les mille derniers malades inscrits à ma clinique le nombre de fois où se trouvaient signalées les altérations du cavum (hypertrophie de l'amygdale pharyngienne, cryptes, sécrétions purulentes), etc. Ces malades sont d'âge bien différent : de 2 à 80 ans. Si j'additionne en bloc tous les cas, je trouve une moyenne sensiblement supérieure à celle trouvée chez les soldats soit 15 % à peu de chose près. Si je partage au contraire ces mille sujets en deux groupes, de 2 à 20 ans, de 20 à 80, les premiers me donnent une moyenne de 10 à 11 % et les seconds de 4 à 5 %. Ceci me parait tenir à l'appui de l'opinion généralement admise que les végétations adénoïdes subissent avec l'âge une véritable régression. J'ai fait aussi la remarque suivante. Dans le premier groupe se rencontrent très fréquemment quatre manifestations du lymphatisme : amygdalite à répétition, eczéma du nez, des pavillons, blépharite et kératite ulcéreuse, otite moyenne suppurée.

Dans le second groupe : l'otorrhée, la rhinite hypertrophique, l'otite sèche ou la pharyngite sèche, l'ozène, l'iritis, les abcès du sac lacrymal.

Bien que ces différentes lésions coexistent fréquemment, on observe aussi des cas dans lesquels une seule existe.

Par exemple, on trouve des malades ayant des amygdales palatines très volumineuses et le cavum lisse; d'autres une amygdale pharyngienne très étendue en nappe, ou centrale, proéminente comme une framboise, alors que les amygdales palatines sont très petites, disparaissent entre les piliers, sans trainée de tissu adénoïdien.

Les trainées de tissu adénoïdien le long des piliers postérieurs se prolongeant jusque dans le cavum indiquent, le plus

souvent, la présence de végétations plus ou moins développées. Si l'on enlève les végétations, ces trainées ne tardent pas à diminuer notablement à condition que les amygdales palatines ne soient pas hypertrophiées, ou bien qu'elles aient été enlevées préalablement ainsi que les amygdales tubaires, si leur volume gêne l'orifice des trompes. Ces amygdales tubaires sont souvent aussi d'autant plus volumineuses que ces trainées lymphoïdes sont plus apparentes. Est-ce une simple coïncidence ou une relation de cause à effet ?

Après cet aperçu sur la fréquence des végétations adénoïdes et de l'hypertrophie des autres amygdales, je veux dire quelques mots sur la manière de se rendre compte de leur situation, de leur volume.

Le toucher digital a beaucoup de partisans, pour ma part, je le pratique le moins possible, seulement lorsque la rhinoscopie postérieure ne me fournit pas des indications assez complètes, soit par la faute du malade, mauvaise volonté ou réflexes, soit par suite de la présence d'énormes amygdales palatines qui gênent l'introduction et les mouvements du miroir.

Ce toucher digital a plusieurs inconvénients sérieux : il est pénible et douloureux pour les malades qui l'acceptent difficilement surtout dans une certaine classe de la société ; il expose à l'infection soit du fait du médecin dont le doigt et surtout la rainure unguéale n'ont pas subi une désinfection complète, — vous savez, Messieurs, combien il est difficile de l'obtenir — soit du fait de l'écorchure produite par le doigt porté dans le cavum, qui ouvre la porte d'entrée aux germes qui tapissent les végétations.

Les observations sont nombreuses de poussées d'adénoïdite aiguë, même d'otite moyenne à la suite d'un toucher digital fait cependant après de multiples précautions.

Il faut en conclure que le toucher digital est un acte sérieux qui réclame de la prudence et ne doit pas être pratiqué pendant une période inflammatoire aiguë ; on ne doit l'employer qu'avant l'opération ou de suite après pour juger si elle a été complète. Pour un simple examen dans la majorité des cas, la rhinoscopie postérieure suffit. Chacun de nous la pratique à sa

manière : les uns employant de préférence de très petits miroirs, les autres des miroirs aussi larges que possible. Je crois qu'avec de larges miroirs on se rend mieux compte et plus rapidement.

Pour bien examiner les végétations adénoïdes, il faut aller d'abord à la recherche du septum et des choanes, au lieu d'explorer la voûte. Il importe de bien voir la partie supérieure et centrale de la voûte au voisinage immédiat du septum, c'est quelquefois très difficile. Il faut obtenir du malade le relâchement complet du voile, et le miroir sera tenu très incliné comme pour l'examen de la face supérieure du voile, de la recherche des queues de cornet.

Cette portion de la voûte doit être examinée avec le plus grand soin. Il est nécessaire de rechercher l'existence des anomalies artérielles ou de grosses veines qui se perdent dans les végétations ou se dirigent vers la paroi postérieure du pharynx. La présence de ces veines doit faire redouter une hémorragie ainsi que la vascularisation plus ou moins grande des végétations. Si l'examen rhinoscopique est difficile par suite de la conformation du voile, on obtient son relâchement par des attouchements à la cocaïne, on peut avoir recours aussi au releveur de Moritz Schmidt, à celui très ingénieux de notre excellent confrère Mahu.

Cet examen terminé, la présence de végétations constatée, que faut-il faire ? Les spécialistes se partagent encore en deux camps : Ceux qui hésitent à pratiquer le curetage du cavum ; ceux qui préfèrent le débarrasser de toute production anormale même de petit volume, de petite étendue. Les premiers sont arrêtés par la crainte d'une complication opératoire, et pensent que l'ablation de l'amygdale pharyngienne n'est justifiée que lorsqu'elle est vraiment très volumineuse et cause des désordres permanents, de la gêne respiratoire, de l'occlusion tubaire. Les seconds estiment que les différentes inflammations, ou les poussées congestives de l'amygdale pharyngée, sont très souvent cause du catarrhe tubaire, qu'elles l'entretiennent après lui avoir donné naissance. Grâce à leur présence, l'otite moyenne catarrhale s'établit insensiblement, et finit par devenir chronique, pour aboutir à toutes les lésions



de la sclérose de la caisse, de la surdité complète et définitive.

Nous savons tous que l'amygdale pharyngienne n'est pas encapsulée comme les amygdales palatines, qu'elle est au contraire étalée sur toute la surface de la muqueuse. Il s'ensuit qu'une infection qui a son siège sur un point quelconque ne tarde pas à l'envahir dans toute son étendue et toute sa profondeur, à lui donner, sous l'influence du processus infectieux, une augmentation de volume considérable, qui diminuera avec l'état aigu, pour se reproduire de nouveau à la moindre récurrence de l'infection ; ce fait a une grande importance : à lui seul il prouve la nécessité d'intervenir sur des végétations circonscrites ou d'un petit volume.

Il est la justification de l'opération radicale, sans renvoi.

Je viens d'observer, pendant la récente épidémie de grippe, plusieurs cas qui corroborent ce que je viens de dire.

Pendant cette période grippale, j'ai examiné un certain nombre de malades chez qui, quelques mois auparavant, j'avais noté une hypertrophie légère de l'amygdale pharyngée, avec rhinite hypertrophique simple, ou compliquée de queues de cornet. Ces malades ont eu la grippe avec des manifestations nasales et otiques graves. Chez tous, j'ai trouvé une augmentation de volume considérable du tissu adénoïdien, de l'anosmie, une modification du timbre de la voix, du pus dans le cavum. Plusieurs ont eu des otites moyennes aiguës avec rupture du tympan, d'autres une récurrence d'otite guérie. Je n'ai trouvé le cavum normal chez aucun de ceux qui ont présenté des complications otiques grippales.

Je pense que les mêmes remarques ont été faites par le plus grand nombre d'entre nous.

Dans cette relation indéniable de cause à effet n'y a-t-il pas une indication formelle d'enlever du cavum tout le tissu adénoïdien malade qui peut, à un moment donné, entretenir et propager l'infection.

Nous rencontrons encore fréquemment des malades qui refusent toute intervention. Nous sommes réduits à leur prescrire des douches rétro-nasales ou des irrigations antéro-postérieures avec une canule fine et souple n'obturant pas la narine. Mais ces cas deviendront plus rares à mesure que le

public se persuadera de la nécessité de notre intervention et de l'insuffisance des topiques portés plus ou moins habilement dans le pharynx supérieur, pendant de longs mois, et sans succès.

Je suis donc partisan du curetage, même du curetage incomplet, puisque chez l'adulte il détermine presque toujours la régression du tissu sectionné.

Dans plusieurs circonstances, n'arrivant pas à tarir les sécrétions muco-purulentes de la voûte, soit par les douches rétro-nasales, soit par les cautérisations au nitrate d'argent, au protargol, à l'acide lactique, au chlorure de zinc, etc., je n'ai pas hésité à donner un bon coup de curette, dont le résultat s'est montré très satisfaisant.

L'ablation du tissu adénoïdien du cavum a une réelle influence sur la rhinite hypertrophique postérieure d'autant plus marquée que le sujet est plus jeune. J'en possède plusieurs observations : quelque mois après avoir cureté le cavum de sujets porteurs de végétations adénoïdes en nappes et de queues de cornet, j'ai constaté que les queues de cornet avaient repris un volume normal et que leur ablation, ou leur cautérisation, n'était plus indispensable. Je crois que ce fait se produit surtout lorsque les végétations ne sont pas trop anciennes et que l'hypertrophie des queues de cornet est de date récente.

La crainte des complications du côté de l'oreille ou du nez n'est pas la seule raison qui doit nous pousser à supprimer l'amygdale pharyngienne hypertrophiée. Des troubles phonétiques et l'anosmie respiratoire en sont fréquemment la conséquence, je ne fais que les signaler, nous savons tous qu'il est nécessaire d'y porter remède ou plutôt pour éviter qu'ils ne deviennent définitifs.

Après ce rapide aperçu des raisons qui motivent l'ablation du tissu adénoïdien, un mot sur le procédé à employer.

Comment faut-il enlever les végétations adénoïdes chez l'adulte.

Je n'ai pas la prétention d'imposer ma manière de faire, je l'expose simplement parce que je la crois pratique et qu'elle m'a toujours donné de bons résultats.

L'anse froide, l'anse chaude, les curettes, les pinces coupantes, sont les principaux moyens à notre disposition.

Je me contente des curettes de Schmidt dont il faut avoir un certain nombre de grandeur et de courbure variable.

Le modèle de Lermoyez convient parfaitement parce que le manche est aplati, bien en main et muni d'une dépression où s'applique l'index qui renseigne exactement sur la direction.

Le principal est de bien conduire la curette au contact du septum, et de fortement abaisser le manche pour ne pas épargner la partie la plus antérieure du tissu adénoïdien. Je n'ai jamais encore rencontré de cas où ces curettes ne m'aient pas suffi. C'est pour cela que je m'en contente pour simplifier l'instrumentation. Lorsque l'amygdale tubaire en est cause, il faut pour l'enlever se servir de petites curettes courbées latéralement et agir sous le contrôle du miroir avec un releveur du voile.

On a beaucoup exagéré je crois les dangers d'hémorrhagie. Si l'on n'opère pas brutalement ; si l'on attend pour intervenir que les phénomènes aigus aient diminué ; si les précautions aseptiques, avant, pendant et après l'opération sont fidèlement prises et continuées, les hémorrhagies sont très rares. Je n'en ai observé qu'un cas dans ma pratique. Celui d'une jeune personne de 22 ans que les parents voulurent emmener malgré mes instances pour lui faire faire un trajet de plus de 60 kilomètres en chemin de fer. 6 heures environ après son départ elle fut prise d'une hémorrhagie sérieuse. Son médecin fit le tamponnement des fosses nasales, mais il fut insuffisant. Mandé par dépêche, je trouvai la malade très anémiée par suite d'une perte de sang considérable. Je dus refaire un tamponnement serré du cavum et revenir trente-six heures plus tard pour l'enlever.

Il n'y eut pas d'autres complications et le mois suivant la jeune fille était à peu près remise de cette forte secousse. Rien dans la famille ne faisait soupçonner l'hémophilie et je ne savais à quelle cause attribuer cet accident, lorsqu'il y a quelques mois j'appris par son médecin qu'elle avait été reprise d'une hémorrhagie grave à la suite de l'avulsion d'une grosse molaire : l'hémophilie était hors de doute.

On a beaucoup discuté sur les soins préliminaires et consécutifs à l'opération. Je pense qu'on peut et qu'on doit les ré-

duire au minimum. Je me borne à badigeonner le cavum avec de l'huile stérilisée, mentholée et gaiacolée pendant quelques jours avant l'opération, si je constate la présence de pus ou de muco-pus, ou bien je prescris des irrigations rétro-nasales avec ma canule et une solution boro salicylée faible. Dans le cas contraire, je m'abstiens.

Immédiatement après l'ablation, je badigeonne le cavum avec de l'eau oxygénée à 20 volumes, puis le malade suce des fragments de glace pendant deux heures, et ne prend que des aliments froids pendant deux jours.

J'ai soin de prévenir la famille que l'opéré doit être l'objet d'une surveillance attentive pendant huit jours au moins, par crainte d'hémorrhagie tardive. Je n'en ai jamais observé.

A propos de la narcose, je n'ai pas changé d'avis. Je ne l'emploie presque jamais, et seulement sur le désir formel de la famille de l'intéressé.

Je me contente de porter dans le cavum, avec mon pulvérisateur, quelques gouttes d'une solution de cocaïne au 20° en introduisant la tige recourbée derrière le voile, on en pulvérisant avec la tige droite par les fosses nasales. Quelques minutes suffisent pour anesthésier et rendre la douleur supportable de l'avis de tous mes opérés.

De mon côté, je n'ai ni préoccupation ni crainte. Le malade est assis légèrement renversé sur un grand fauteuil. La tête bien appuyée sur le dossier. Les efforts qu'il fait pour reculer la tête la fixent encore mieux, un aide tient les mains. J'opère debout, le miroir de Clar au front pour bien éclairer le pharynx. J'appuie sur la langue avec mon abaisse-langue spécial à rebord, qui a le grand avantage de recueillir les végétations et d'empêcher complètement leur chute dans le larynx. Je donne ordinairement six coups de curette en ayant soin de la ramener chaque fois au contact des fosses nasales et de bien suivre la courbe de la voûte.

Après l'opération, ni insufflation, ni irrigation, si le pharynx nécessite un traitement ultérieur, je ne le fais commencer que quinze jours après.

---

#### IV

### OSTÉOME DES FOSSES NASALES AVEC MUCOCÈLE FRONTO-MAXILLAIRE. RÉSECTION PARTIELLE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR, DU TIERS INTERNE DE L'ARCADE ORBITAIRE ET DE L'ETHMOÏDE. TRÉPANATION DU SINUS FRONTAL. GUÉRISON (1).

Par le Dr **Georges LAURENS**, ancien interne des hôpitaux de Paris,  
assistant à l'hôpital Saint-Antoine.

Voici, brièvement résumée, l'observation de cette jeune malade, âgée de 20 ans, antérieurement bien portante et qui s'est présentée le 6 décembre dernier à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine.

Elle se plaignait :

1° D'une *obstruction nasale*, qui datait de dix mois et s'était développée progressivement ;

2° D'une *saillie*, très légère, qui était apparue, à la même époque, sur le côté gauche de la racine du nez ;

3° D'un *épiphora* du même côté.

Pour connaître l'état exact des voies lacrymales, je priai mon excellent ami, le Dr Terrien, chef de clinique ophthalmologique à l'Hôtel-Dieu, de vouloir bien examiner, à ce point de vue, la malade et voici la petite note qu'il m'adressa : « Voies lacrymales complètement oblitérées ; par le point lacrymal inférieur, il est impossible de pénétrer. Par le point lacrymal supérieur, on introduit la sonde jusque dans le sac lacrymal mais elle est aussitôt

(1) Communication à la Société française de laryngologie, 1899.  
Présentation de la photographie de la malade et de la pièce anatomique.

arrêtée par une barrière osseuse. Il est absolument impossible de passer et le canal lacrymo-nasal est imperméable ».

Voilà donc les seuls symptômes accusés par la malade et caractérisés simplement par des troubles d'obstruction. Aucun phénomène compressif, déformation très légère. Pas de céphalalgie ni de douleurs.

A l'examen, je trouvais :

1° Extérieurement, une tuméfaction de la racine du nez, faisant corps avec l'os nasal gauche, arrondie, dure, non douloureuse ;

2° A la rhinoscopie antérieure, une masse grisâtre, osseuse, obstruant toute la fosse nasale gauche, affleurant à 1 centimètre en arrière du vestibule.

Sa surface était déchiquetée, irrégulière, recouverte de mucosités : et la muqueuse avoisinante rouge, fongueuse, sphacélée. Je dois ajouter que, à deux reprises, on avait fait des tentatives d'extraction, une fois avec la gouge et le maillet, une seconde avec le tour électrique. Naturellement, le résultat avait été négatif.

Il était impossible de contourner la tumeur osseuse avec un stylet qui résonnait sur elle comme sur un séquestre. Il tendait à franchir l'enceinte nasale, repoussant en dedans la cloison, en dehors les cornets ; en bas, elle était au contact avec le plancher, en dehors, elle affleurait la choane correspondante qu'elle obstruait totalement.

Il n'y avait aucune possibilité d'erreur sur le diagnostic ; il s'agissait évidemment d'un ostéome à point de départ probablement ethmoïdal et qu'il fallait enlever.

..

Je propose l'intervention, la malade l'accepte et le 13 janvier je l'opère.

Par raison esthétique, je me contente d'abord de faire une rhinotomie. Mon incision part de la racine du nez, court le long de l'arête dorsale, contourne le sillon naso-génien, d'un coup de bistouri je détache l'aile du nez par transfixion et je rabats à droite toute l'aile gauche. Je constate alors : 1° que l'os propre correspondant est en partie détruit et corrodé par l'ostéome ;

2° Que le jour donné par mon incision est insuffisant. Il est impossible d'accoucher cette tumeur et de la faire passer à travers ce étroit osseux.

Aussi, pour transformer en fenêtre largement ouverte cette

étroite lucarne, je sectionne les téguments en haut au niveau de l'arcade sourcillière, en bas, je coupe en deux la lèvre supérieure et je fends le sillon gingivo-labial. Avec la rugine je détache toute la joue gauche et la rabats en dehors sur la région malaire et parotidienne.

M'aidant ensuite de la pince de Liston, du ciseau et du maillet, je sectionne et résèque l'apophyse montante du maxillaire supérieur et tâche d'extraire la tumeur avec un solide davier. Mes tentatives ne réussissent qu'à mobiliser en masse toute la tête de la malade et à fragmenter quelques morceaux de la pièce qui paraît solidement implantée et adhérente en haut, au niveau de l'ethmoïde.

J'élargis alors la fenêtre osseuse, je fais sauter toute la paroi antérieure du sinus maxillaire, je décolle le périoste du plancher de l'orbite et de la paroi orbitaire interne, je détache le sac lacrymal et la poulie du grand oblique, je résèque le tiers interne et inférieur de l'arcade orbitaire, j'enlève une partie de l'ethmoïde et reprends mon davier.

Après plusieurs tentatives de mobilisation de l'ostéome, je suis assez heureux pour enlever la tumeur <sup>(1)</sup> sans avoir déchiré, en aucun point, la surface de la pituitaire ; la paroi externe, en particulier, était intacte et les cornets normaux.

Quelques gros tampons assurent l'hémostase et je puis alors constater qu'un liquide blanchâtre, muqueux, s'écoule du sinus frontal et de l'antre d'Highmore. Je trépane le frontal et vois qu'il s'agit d'un mucocèle type. Je vide, tamponne et draine.

\* \*

Il existe alors une vaste cavité opératoire de forme identique, mais plus petite que celle qu'on a sous les yeux dans la résection totale du maxillaire supérieur.

Je la bourre avec plusieurs longues mèches de gaze bien iodoformée, je bourre également le sinus frontal. Ensuite, je rabats la joue et le nez et affronte les lèvres de la plaie par une suture à points séparés au crin de Florence. De fines aiguilles me faisant défaut, je ne puis, comme je me l'étais proposé, faire une suture américaine, intra-dermique.

(1) Celle-ci avait une longueur de 7 centimètres, et une hauteur de 4 centimètres. Elle était mi-éburnée, mi-celluleuse.

. . .

Les suites opératoires sont normales. Pas de fièvre. Réunion par première intention : le huitième jour, j'enlève les fils. A partir du cinquième jour, je détamponne fréquemment ma brèche opératoire. Pendant deux semaines environ, la racine du nez et la joue, privées de leur charpente osseuse, sont flasques, mobiles et soulevées à chaque mouvement respiratoire.

Je laisse sortir la malade, mais un peu trop tôt hélas ; car le quinzième jour, alors qu'elle n'avait plus de pansement, se déclare un érysipèle de la face qui a, du reste, guéri en quelques jours et n'a aucunement influencé le résultat opératoire : je crois utile d'ajouter qu'antérieurement la malade en a déjà eu un.

. . .

Actuellement, elle a une fosse nasale d'aspect quelque peu tourmenté, mais sèche et sans suppuration. Elle se plaint quelquefois, de douleurs dans la sphère du trijumeau, accidents névritiques qui ont été améliorés par le stypage et qui, s'ils persistaient ou augmentaient, m'obligeraient à dégager le sus-orbitaire et à le sectionner.

L'épiphora a totalement disparu.

. . .

En terminant, je me permettrai d'insister sur les points suivants :

- 1° Rareté des ostéomes des fosses nasales ;
  - 2° Nécessité de les enlever par de larges ouvertures chirurgicales ;
  - 3° Présence d'une double mucocèle fronto-maxillaire, dans le cas particulier ;
  - 4° Et résultat esthétique obtenu chez ma malade, qui n'a aucune déformation malgré la large brèche opératoire et dont la cicatrice extérieure est très peu apparente.
-



## V

### DU RÉFLEXE BINAURICULAIRE

Par le Dr **Léon EGGER**

(Travail du service oto-rhinologique de l'hôpital Saint-Antoine)

Les épreuves des pressions centripètes et du réflexe binauriculaire sont, malgré leur importance, d'une pratique peu courante. Cela tient à plusieurs causes : On les croit à tort d'une application difficile ; leurs résultats ont été contestés ou tout au moins quelques auteurs ne veulent pas leur reconnaître l'importance que leur attribue leur père.

Sur le premier point, nous dirons que ces épreuves n'offrent aucune difficulté et que pour ne pas s'en servir il faut ne pas vouloir les exécuter, à la condition, bien entendu, qu'on n'ait pas affaire à un sujet d'une intelligence trop obtuse.

Sur le deuxième point, des auteurs d'une valeur incontestable, tel que Bloch <sup>(1)</sup>, concluent que l'hypothèse des réflexes binauriculaires ne reposent pas jusqu'ici sur des arguments suffisants. Sans vouloir trancher cette dernière question, qui ne peut l'être que par l'accumulation et la discussion des faits, nous ne pouvons contester la valeur de cette expérience comme moyen de diagnostic de l'ankylose ou de la fixation de l'étrier ; c'est dans le but de fournir de nouveaux matériaux à cette étude que je publie ici deux observations intéressantes au point de vue des pressions centripètes et des réflexes binauriculaires. Mais, auparavant, je crois devoir résumer en quelques mots sinon la pratique du moins les

(1) E. Bloch. — La méthode des pressions centripètes et le diagnostic de l'ankylose de l'étrier (*Zeitsch für Ohrenh.* XXV, Bd. 1 et 2 Heft, p. 113. — *Arch. int. de laryng.*, 1894 et 1897.

points importants de ce procédé qui a été décrit en dernier lieu dans tous ses détails par le docteur G. Gellé <sup>(1)</sup>.

1° Employer un diapason assez volumineux, dont les vibrations ne s'éteignent pas trop vite. Ici l'intensité est la condition importante.

2° Appuyer fortement le talon du diapason vibrant sur l'apophyse mastoïde du côté à l'étude, en rejetant les branches de de l'instrument horizontalement en arrière.

3° On aura eu soin d'expliquer au patient ce que l'on attend de lui : Qu'il observe si, au moment où la main presse la poire, il se produit une modification dans l'intensité du son du diapason et dans quel sens.

4° En même temps que l'on applique le diapason sur la mastoïde, adapter hermétiquement le tube à l'oreille, ce que l'on obtient facilement au moyen d'embouts garnis de caoutchouc.

5° Dans l'exécution de l'épreuve elle-même la pression doit être vive, rapide et légère.

6° La répétition de l'épreuve est souvent nécessaire, soit que le malade n'ait pas compris de suite ce qu'on exigeait de lui, soit que l'application du tube à l'oreille n'ait pas été hermétique.

D'après leur auteur, les P. C. déplacent en dedans l'étrier ; du fait même de ce refoulement de l'étrier, la fenêtre ronde est mécaniquement tendue, et par conséquent les deux voies de pénétration des vibrations sonores dans le labyrinthe se trouvent ainsi fermées instantanément.

L'expérience des réflexes binauriculaires n'est pas plus difficile que la précédente : Un diapason vibre en face de l'oreille libre. Si l'on comprime légèrement l'autre oreille au moyen de la poire à air munie d'un tube de caoutchouc terminé par un embout fermant hermétiquement le conduit auriculaire, le son de ce diapason subit un affaiblissement instantané, notable, significatif. « Un seul muscle <sup>(2)</sup> peut atténuer ainsi la

(1) G. GELLÉ. — Des pressions centripètes. Etude de séméiologie auriculaire. Paris, 1895.

(2) E. GELLÉ. — L'audition et ses organes (*Biblioth. scient. intern.*, 1899).

sensation auditive ; c'est le tenseur ; lui seul a cette action, parce que, seul, il tend le tympan et immobilise l'étrier déprimé ; il affaiblit le son, il défend l'organe.

« C'est l'épreuve de la synergie d'accommodation binauriculaire, ou épreuve des réflexes binauriculaires. »

Pour les cas nombreux intéressant ce sujet, je renvoie le lecteur aux observations de l'auteur même de la méthode qui ont servi de base à celle-ci. Je signalerai en passant le cas de Mounier <sup>(1)</sup> ; il s'agissait d'un bouchon de cerumen dans l'oreille gauche, qui, pendant 5 mois, occasionna, par action réflexe, la perte totale de l'audition de l'oreille droite précédemment traumatisée ; la surdité droite était devenue complète à la suite d'un accident de voiture ; l'ablation du cerumen gauche ramena l'audition à droite à 0,50 centim., pour la montre air.

Un autre cas plus récent vient d'être publié par Ouspenski <sup>(2)</sup> :

Un tampon d'ouate oublié dans l'oreille droite produisait, en comprimant le tympan, une pression centripète déterminant l'affaiblissement de l'audition, non seulement à droite, mais encore à gauche. Sous l'influence de la cessation de la pression, l'ouïe revint des deux côtés à l'état normal.

Voici maintenant deux nouvelles observations intéressantes au point de vue du réflexe binauriculaire :

OBSERVATION 1. — *Otite moyenne chronique. Fait curieux d'action synergique binauriculaire* (communiquée par notre maître M. le docteur Lermoyez. — M... 42 ans, blond-roux, grand, fort ; cicatrices d'écrouelles anciennes.

Il y a dix ans qu'il s'aperçoit d'une surdité progressive de l'oreille gauche. Il y a cinq ans que l'oreille droite se prend de son côté après avoir été le siège de quelques douleurs. A ce moment, pendant un an, il a été traité par le cathétérisme qui l'améliore : la vaseline mentholée dans le nez l'exaspère.

L'oreille gauche qui entendait le mieux, il y a deux ans, devient

<sup>(1)</sup> MOUNIER. — De la synergie auriculaire exagérée (*Soc. Franç. d'Otol.*, 1895).

<sup>(2)</sup> OUSPENSKI. — Un cas d'influence réciproque d'une oreille malade sur une oreille normale (*Annales*, janv. 99).

actuellement plus sourde que la droite. Il y a autophonie de l'oreille droite. Il se plaint également de bourdonnements, n'entend plus quand plusieurs personnes parlent en même temps.

*Examen (14 juillet 1896)*

O. G.		O. D.	
avant cathét.	après cathét.	avant cathét.	après cathét.
0 . . . . .		Montre air	0,60 <sup>cm</sup>
?		Voix haute	
		Voix basse	$\infty$
1.2.0.0.0. . . . .		Montre os	1.2.3.4.5
		Weber	+
		Rinne	+

*Oreille droite.* — Marteau très enfoncé, mais mobile. Membrane un peu épaissie, ramollie. Valsalva = 0.

*Oreille gauche.* — Après ablation d'un petit bouchon cérumineux, on constate : Une perforation centrale bouchée par une membrane. Le pourtour du tympan est blanc, scléreux. Marteau couché, très peu mobile au Siegle, dont, du reste, l'effort s'épuise sur la membrane perforative. Entend de ce côté, par l'os, les ondulations du diapason.

*Nez.* — Cornets gros, tuméfiés. Insuffisance nasale relative.

*Pharynx.* — Piliers un peu épaissis.

*23 juin.* — L'enlèvement du petit bouchon cérumineux de l'oreille gauche a fait disparaître presque tous les symptômes pénibles dont le malade se plaignait. Maintenant, il se sent la tête absolument libre.

Les bourdonnements dont il se plaignait dans l'oreille droite ont diminué.

Il trouve qu'il *entend beaucoup mieux de l'oreille droite à laquelle on n'a pas touché*, et il y a de ce côté une *amélioration objective*, car l'audition de la montre a passé de 0,60 à 1<sup>m</sup>10.

Est-ce un effet synergique dû à un réflexe binauriculaire? Spasme du tenseur du tympan droit par irritation produite dans l'oreille gauche par le cérumen ?

Je ne le crois pas :

En effet, les pressions centripètes donnent :

- O. D.* Diapason tube = grande diminution.  
 Diapason os = id.  
 avec possibilité de répéter plusieurs fois l'épreuve.  
 Or, si on met le diapason en face de l'O. G., les P. C. exercées sur O. D. éteignent complètement le son perçu en O. G.  
 Donc l'excitation produite en O. D. amène le réflexe auriculaire en O. G.  
 Mais l'inverse n'est pas vrai.
- O. G.* P. C. diapason tube = atténué à peine le son.  
 P. C. diapason os = ne fait pas varier le son du diapason.  
 P. C. O. G. = aucune modification du son du diapason O. D.

Donc cérumen O. G. n'a pas agi sur l'audition par un réflexe synergique de l'accommodation. Il faut plutôt incriminer l'irritation du tympan ou du nerf sensitif du conduit gauche.

24 juillet. — Quelques bourdonnements O. D. ; ouïe moins bonne : M. = 90 centim., mais marteau enfoncé. Tympan rosé.

Dit actuellement avoir un peu d'angine.

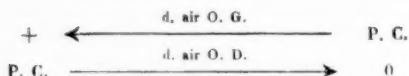
Il eut été en effet beaucoup plus simple et plus intéressant, dans ce cas, de constater une diminution du son du diapason présenté à l'oreille droite, tandis qu'on exerçait des pressions sur l'oreille gauche, mais la seule épreuve concluante qui pouvait nous démontrer le fait, et sur laquelle les expériences faites sur l'oreille droite nous permettaient de compter, cette seule épreuve donne un démenti à notre hypothèse.

Comment donc expliquer le fait ?

Je me permets ici d'ouvrir une courte parenthèse pour faire remarquer la notation que j'adopte relativement aux pressions centripètes, et au réflexe binauriculaire. Elle a l'avantage de nous permettre de l'ajouter sous forme de tableau au schéma déjà connu des épreuves de l'ouïe.

Dans notre cas donc, nous avons :

<i>O. G.</i>		<i>O. D.</i>
+	Gellé P. C. diap. tube	+
0	Gellé P. C. diap. os	+

*Réflexe binauriculaire*

Si l'on n'approfondissait pas les données de ce tableau, on pourrait penser que la rétraction exagérée du tenseur du tympan droit par spasme réflexe avait amené l'étrier à la limite de sa course, et qu'ainsi toute action nouvelle directe ou réflexe devenait sans effet. Mais l'examen seul des données ci-dessus fait rejeter cette hypothèse, puisque les P. C. avec diapason tube oreille droite sont positives, c'est-à-dire amène une grande diminution dans l'intensité du son.

Force nous est donc d'admettre plutôt une action réflexe sur l'oreille droite produite par l'irritation du tympan ou du nerf sensitif du conduit gauche. Il s'agirait donc d'un *spasme d'accommodation binauriculaire* de l'oreille droite dû à la présence d'un corps étranger de l'oreille gauche. Ce phénomène a d'ailleurs cessé par l'ablation du corps étranger.

OBSERVATION II. — (Recueillie à la clinique de MM. Helme  
et Lermoyez).

M<sup>me</sup> R., 43 ans, couturière, vient nous voir le 27 janvier 1896, pour surdité de l'oreille droite. Depuis six mois, elle s'aperçoit qu'elle entend de moins en moins de l'oreille droite ; par moment elle y éprouve des bourdonnements et des sifflements. N'aurait jamais eu d'écoulement. Depuis trois mois, est sujette aux étourdissements, ceux-ci n'allant jamais jusqu'à déterminer une chute. Elle se plaint d'une gêne de l'oreille droite sans douleur réelle.

Elle a de fréquents maux de tête depuis trois ans ; ils se présentent journellement depuis six mois, et ils sont toujours plus marqués à droite. Le nez se bouche de temps en temps ; est sujette au coryza. La malade qui a beaucoup maigri depuis six mois, a cependant conservé son appétit. Elle se relève presque toutes les nuits pour uriner, a souvent les jambes enflées, des crampes dans les mollets, la sensation du doigt mort. Sa vue baisse.

D'une santé d'ailleurs délicate, aurait eu, étant enfant, des con-

vulsions pour lesquelles on lui a mis des sangsues derrière l'oreille droite. Toute jeune a été soignée pour une paralysie faciale droite, a eu, il y a dix ans, dans l'espace de trois années, la fièvre muqueuse, une fluxion de poitrine et une inflammation d'intestin (?).

N'a pas de sourds dans sa famille.

2 février. — *Examen.*

O. D. Le tympan présente des saillies qui affectent la forme suivante :

La ligne du manche du marteau se prolonge obliquement jusqu'au cadre en bas et en arrière. De chaque côté de cette bride et au-dessous des plis antérieurs et postérieurs très accentués se dessinent des enfoncures profondes qui ne sont pas soulevées par le cathétérisme. Au niveau de l'enfoncure postéro-supérieure, on constate des battements isochrones au pouls et perceptible à l'endoscope de Gellé.

O. G. Un peu d'enfoncure, mais conservation du triangle lumineux ; légère opacité. Pas d'altération notable.

O. G.		O. D.
2 <sup>m</sup>	Montre air	7 centim.
bien	Montre os	bien
	Weber	nettement latéralisé
D. V. 34" + après 47" air	Rinne	D. V. 34" + après 55" air
	done Rinne positif, droit et gauche	
+	Gellé (P. C.)	+
+	Gelle (Diap. tube)	+
	<i>Reflexe binauriculaire</i>	
+	←	P. C.
P. C.	→	0

5 février. — Deuxième cathétérisme à droite. L'air passe mal et ne modifie pas les enfoncures, mais exagère les battements.

Examen des urines : Beaucoup d'albumine, pas de sucre après cathétérisme.

O. G.	O. D.
Montre air	15 centim.
Montre os	bien
Weber	Très nettement latéralisé
Rinne	D. V. 47" + après 15" os
Gellé (P. C.)	+ produisent presque extinction et un léger étourdissement

9 février. — On incise le tympan en faisant la fenêtre en arrière. Plus d'enclume, étrier très mobile, en le touchant, on provoque du labyrinthisme. La section d'une bride unissant la tête de l'étrier au marteau a nettement diminué l'audition de la montre qui est de 3 centimètres.

10 février. — Après l'opération pas de vomissements, bourdonnements. Aujourd'hui, éprouve par moments des éblouissements. A perdu le goût du côté droit.

La plaie est en bon état, pas de pus, presque pas de réaction du côté de la membrane, tête de l'étrier visible.

O. G.		O. D.
40 centim.	Montre air	8 centim.
D. V. 37" + après 43" air	Rinne	D. V. 37" + après 18" air

*Réflexe binauriculaire*

+                      ←                      P. G.

12 février.

O. G.		O. D.
1 <sup>m</sup> et plus	Montre air	25 centim.

pas de suppuration.

14 février.

O. G.		O. D.
1 <sup>m</sup> ,50	Montre air	15 centim.
D. V. 40' + après 47" air	Rinne	D. V. 40' + après 20" air

Le goût n'est pas encore revenu dans la moitié droite de la langue. Salivation abondante à droite et très salée.

4 mars 1896. — La sensibilité de la langue au tact est revenue, mais non pour le goût. La salive de ce côté paraît salée à la malade.

O. G.		O. D.
40 centim.	Montre air	9 centim.

Nous avons deux choses très intéressantes à retenir dans cette observation. Il est évident qu'il s'agit ici d'une oreille



ayant été le siège autrefois d'une otorrhée prolongée ; la présence des brides et membranes cicatricielles, l'absence de l'encume nous le démontrent. J'insiste sur ce point, car il nous servira à donner une explication des faits qui nous intéressent.

Nous avons vu, au tableau de l'audition, qu'en recherchant le réflexe binauriculaire, les pressions centripètes exercées sur l'oreille droite avaient pour résultat de diminuer l'intensité du son du diapason présenté à l'oreille gauche. Mais l'inverse n'est pas vrai ; pourquoi ?

Les pressions exercées à droite, avec diapason-vertex ou diapason-mastoidien droit sont positives. Ceci nous démontre déjà la mobilité de l'étrier droit. Si l'on déplace le diapason et si on le présente à l'oreille gauche, c'est-à-dire, si l'on recherche le réflexe binauriculaire de droite à gauche, on constate qu'il existe. Il y a donc dans ce cas coordination des phénomènes de l'accommodation binauriculaire, association fonctionnelle <sup>(1)</sup>.

D'autre part, si l'on exerce les pressions dans l'oreille gauche, avec diapason-vertex ou diapason-mastoidien gauche, elles sont positives également ; donc l'étrier est mobile. Mais si l'on place le diapason en face de l'oreille droite, on constate que les pressions exercées à gauche n'impriment aucune modification à l'intensité du son perçu par l'oreille droite. Or, pour que le réflexe binauriculaire se produise, il faut deux conditions : Il faut l'intégrité de l'appareil conducteur et en outre la transmission nerveuse <sup>(2)</sup>. Dans ce cas, nous n'avons pas de raisons de soupçonner un trouble dans la transmission nerveuse <sup>(3)</sup>, tandis que nous pouvons admettre des lésions suffisantes de l'appareil conducteur. La suppuration prolongée

<sup>(1)</sup> M. E. GELLÉ. — Des réflexes auriculaires ; d'un centre réflexe otospinal ; de son siège dans la moelle cervical. (*Annales des maladies de l'or., du lar., du nez et du phar.*, septembre 1888).

<sup>(2)</sup> M. E. GELLÉ. — Réflexes auriculaires (*Soc. de Biol.*, 11 juin 1887 ; *Ann. mal. oreilles*, janv. 1888).

<sup>(3)</sup> M. E. GELLÉ. — Valeur symptomatique du réflexe de l'accommodation binauriculaire (*Bull. de la Soc. de Biol.*, 14 mai 1892 et *Ann. mal. oreilles*, 1892).

dont l'oreille droite a été le siège n'a pu exister sans intéresser le muscle du marteau, le muscle tenseur du tympan. Ce muscle, ainsi que son tendon, a été détruit ou est suffisamment atrophié pour que son action soit nulle. Cette explication nous donne la clef de la contradiction apparente des épreuves, contradiction mise d'ailleurs parfaitement en relief par Gellé dans l'ouvrage cité plus haut. Les étriers sont mobiles des deux côtés, donc : P. C. = + pour les deux oreilles. Les pressions à droite agissent sur l'oreille gauche qui répond parce que son muscle tenseur est normal. Les pressions à gauche agissent sur l'oreille droite jusqu'au muscle tenseur exclusivement. L'influx nerveux réflexe s'arrête là, parce qu'il ne trouve rien à commander, le muscle n'existant plus.

Le second point intéressant de cette observation est le réflexe inhibitoire observé après la petite intervention appliquée à cette malade. — Des réflexes qu'on pourrait rapprocher de celui-ci ont déjà été signalés et je me contenterai à ce sujet de rappeler le travail de P. Bonnier <sup>(1)</sup> sur les réflexes auriculaires. A la suite de l'opération, l'audition avait diminué considérablement non seulement à droite, côté opéré, mais aussi, et dans des proportions bien plus grandes, à gauche. Aussitôt après l'opération, la montre air était descendue pour le côté droit, côté opéré, de 15 à 3 centim., mais revenait, après quelques oscillations, au bout de quatre semaines, à peu près au même point qu'avant le premier cathétérisme. Mais c'est surtout dans l'oreille gauche que nous trouvons un véritable réflexe inhibitoire. La montre perçue précédemment à 2 mètres ne s'entend plus qu'à 40 centim., le lendemain de l'opération pratiquée sur l'oreille opposée, mais elle remonte graduellement pour atteindre 1<sup>m</sup>,50 5 jours après. Je ne chercherai pas à expliquer la chute survenue sur l'ouïe des deux côtés quatre semaines après, car elle constitue la dernière observation de la malade et nous ne savons pas si cette chute a persisté ou si elle n'était que passagère ce qui est plus vraisemblable.

(1) P. BONNIER. — Réflexes auriculaires (*Archives internationales*, 1894).

---

## VI

### UN CAS D'OTOPLASTIE DU PAVILLON CHEZ UN ENFANT

Par le Dr **Georges MAHU**.

(Travail de la clinique oto-laryngologique de l'hôpital St-Antoine)

Le 18 janvier 1899, madame G..., vint me demander d'intervenir si possible pour corriger une malformation congénitale du pavillon de l'oreille droite chez son fils Gérard âgé de 3 ans et demi.

De tout le pavillon, le lobule seul était normal quoique replié sur lui-même ; la partie supérieure se présentait en entier sous forme d'un bourrelet charnu paraissant résulter du pliage d'arrière en avant de la moitié postérieure sur la moitié antérieure autour d'un axe légèrement oblique, avec accollement des deux feuillets l'un sur l'autre. Pas d'autre ouverture qu'un petit orifice laissant passer un stylet du nez et situé à l'union des trois quarts inférieurs avec le quart supérieur du bourrelet en un endroit correspondant à peu près à la fossette scaphoïde de l'anthélix, en supposant le pavillon replié sur lui-même, comme je l'ai dit plus haut. Le stylet, introduit dans ce petit canal, se dirigeait en bas et en dedans vers la cavité de la conque et aussi par suite, dans ma pensée, vers le conduit auditif externe. Cela semblait corroboré par ce fait que le stylet revenait de son exploration avec l'extrémité enduite de cérumen ou d'une matière à peu près analogue et que, de plus, lorsqu'on imprimait au bourrelet charnu un mouvement de va-et-vient en appuyant légèrement sur lui, on entendait un bruit de « flic-flac » caractéristique de la présence d'une certaine quantité de matière fluide dans une cavité.

L'examen fait, il me paraissait vraisemblable qu'en pratiquant une incision dans un plan parallèle à la paroi externe du crâne pour séparer les deux feuillets que je supposais simplement accolés et en rabattant en arrière le volet ainsi libéré, je me trou-

verais en présence, sinon d'un pavillon normal quant aux replis, au moins d'une conque et d'un conduit auditif.

En ce qui concernait l'audition je n'avais pas grand espoir et j'en fis part à la mère en l'informant que je ne consentais à entreprendre l'opération que dans un but purement plastique. En effet, quoiqu'il soit bien difficile de prendre, même approximativement, l'audition d'un enfant aussi jeune, je crus être à peu près certain que celui-ci ne percevait aucun son du côté droit.



Fig. 1.

Je pratiquai l'intervention sous le chloroforme le 27 janvier 1899 : Incision curviligne au bistouri en suivant le bord antérieur du bourrelet à partir du petit orifice supérieur jusqu'à la naissance du lobule d'une part, et, d'autre part, de ce même orifice en décrivant une courbe suivant virtuellement le bord postérieur de la partie antérieure de l'hélix jusqu'à sa racine dans la cavité de la conque, de façon à ménager une espèce d'ourlet de peau destiné, après suture, à constituer dans son ensemble l'hélix du nouveau pavillon.

En pratiquant cette incision, je constatai que le bourrelet tenant lieu de pavillon possédait une charpente cartilagineuse, que la moitié postérieure ne se trouvait pas simplement comme je l'avais cru *a priori*, rabattue sur la moitié antérieure, c'est-à-dire qu'on ne retrouvait pas, après disjonction, les éléments suffisants pour qu'une fois le feuillet postérieur redressé en arrière, l'ensemble du pavillon présentât une forme à peu près normale. De plus, la cavité de la conque existait bien réellement mais il ne se

trouvait, à sa partie profonde, aucune perforation correspondant au conduit auditif.

La plastique seule, dirigeant la marche de non-intervention, je fis en cet endroit deux incisions perpendiculaires l'une à l'autre et séparai les chairs de façon à constituer un conduit artificiel. Mais au fond de cette cavité, je m'efforçai en vain de découvrir sur la paroi externe du rocher une perforation correspondant au conduit auditif osseux. Un sondage minutieux à l'aide du stylet me montra que le rocher était imperforé.

Il ne s'agissait donc plus que d'essayer de donner à mon lambeau une forme se rapprochant autant que possible de celle d'un pavillon.

Je commençai par faire au crin de Florence des points de suture sur tout le pourtour jusques et y compris la racine de l'hélix en évitant avec soin de perforer le cartilage avec mon aiguille. Après section aux ciseaux des chairs inutiles et de celles situées sous la peau recouvrant la surface correspondant à l'aide du nouveau conduit, les pointes des quatre lambeaux angulaires résultant de l'incision en croix furent poussées vers l'intérieur à l'aide d'une mèche de gaze stérilisée, serrée de façon à constituer une cavité tubulaire, la queue de cette mèche venant à la fin combler la conque. Puis voulant essayer de me rapprocher le plus possible de la forme d'une oreille normale en reproduisant les saillies et les dépressions présentées par le pavillon, j'eus l'idée de placer dans ce but, aux endroits correspondant à la gouttière de l'hélix et à la fossette scaphoïde en dessus, à l'anthélix en dessous, des petits bourrelets de gaze stérilisée, en vue d'obtenir comme un « gaufrage » de cette plaque charpentée par un cartilage jeune. Je fixai par un point de suture la partie postéro-supérieure du nouveau pavillon à la peau de la région mastoïdienne. Je plaçai enfin une gaze entre cette dernière surface et le pavillon et un pansement ouaté serré sur le tout.

Le premier pansement fut fait sous le chloroforme au bout de six jours — pas de périchondrite ni de suppuration. — La plupart des crins furent coupés ; l'aspect du pavillon était bon dans son ensemble. La cavité artificielle du conduit seule saigna abondamment dès qu'on eut enlevé la mèche. Le point de suture maintenant le pavillon appliqué sur la peau mastoïdienne fut conservé encore une semaine. Le second pansement fut fait, également sous le chloroforme, quatre jours après le premier et les autres de deux en deux jours en suivant les errements indiqués au début.

Vers la mi-février, je constatai avec plaisir que mon « moulage » ressemblait assez à un pavillon. Toutefois la partie supérieure manquait d'ampleur après rétraction cicatricielle ; le feuillet postérieur tendait à se rabattre légèrement en avant suivant le pli défectueux conservé pendant si longtemps par le cartilage. D'autre part le fond du conduit artificiel bourgeonnait fortement malgré les cautérisations nombreuses et les tamponnements serrés faits au moyen de petits barillets de gaze stérilisée introduits parallèlement les uns aux autres dans cette cavité.

Le 1<sup>er</sup> mars, l'enfant peut être considéré comme guéri. Le pavillon de l'oreille droite n'est pas normal à la vérité. Il est d'abord beaucoup plus petit que le gauche, celui-ci s'étant, il faut le dire, développé d'une manière exagérée. L'hélix est peu accusée et irrégulière. Le conduit est représenté non pas par une cavité profonde mais par une simple dépression, tandis que la partie supérieure de la conque est trop accentuée. Le volet postérieur tend toujours à se rabattre en avant malgré l'application continue du pavillon contre la tête à l'aide d'un bandeau assez fortement serré.

Quoi qu'il en soit, l'aspect de ce pavillon est beaucoup moins disgracieux que ne l'était celui du bourrelet avant l'intervention, surtout au point de vue de l'ensemble de la face. Depuis cette date, la régularité des soins n'a pas été aussi rigoureuse, l'enfant étant tombé malade ; aussi le pavillon s'est un peu affaissé et le résultat définitif, il faut en convenir, est loin d'être parfait, comme on peut s'en faire une idée par les photographies ci-contre (n° 2 et 3).



Fig. 2.



Fig. 3.

Toutefois, profitant des indications fournies par cette observation et tenant compte des obstacles rencontrés chez un enfant indocile dont les pansements n'étaient que difficilement maintenus en place, il m'a paru intéressant de noter ce fait, qu'il est possible, en appliquant le procédé dont je me suis servi et en le perfectionnant au besoin, d'arriver à redresser et de plus à « modeler » pour ainsi dire un tissu cartilagineux jeune comme celui qui formait la charpente de l'appendice existant à la place de l'oreille du jeune G..., en un mot de reconstituer dans son ensemble un pavillon en se rapprochant plus ou moins de la réalité.

---

## VII

### DU TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE DES SYNÉCHIES NASALES. EMPLOI DU CARTON D'AMIANTE <sup>(1)</sup>.

Par le Dr **Louis BAR** (de Nice).

Une synéchie nasale étant opérée, c'est de son pansement consécutif que dépend le succès complet de l'opération. Quel que soit le moyen par lequel on opère, il importe de ne pas perdre de vue : que toute synéchie nasale est constituée par du tissu cicatriciel, lequel, semblable à une bride transversale, s'étend de la paroi externe de la fosse nasale à la cloison ; que, selon sa longueur transverse, la synéchie peut être suffisamment réséquée pour que l'espace obtenu entre les surfaces de section reste assez large et ne puisse plus se rejoindre ; que souvent au contraire la paroi externe et la cloison sont anatomiquement si rapprochées et la longueur de la synéchie si réduite que bientôt les surfaces de section sont à nouveau réunies par le bourgeonnement de la cicatrisation. C'est contre ce bourgeonnement qu'il importe d'être en garde et c'est en interposant une substance d'isolement entre les surfaces bourgeonnantes de section, aussi bien qu'en surveillant ces surfaces qu'on évite des adhérences nouvelles. Aussi pour être en droit de déclarer une guérison définitive, faut-il soumettre les malades à plusieurs semaines de surveillance, et les examiner au moins une fois par semaine.

Pour éviter les adhérences nouvelles, divers moyens ont été indiqués. Tous se proposent l'isolement de chacune des surfaces de section de la synéchie, soit qu'on utilise l'eschare de

(1) Communication à la Société française d'oto-Laryngologie. Congrès de mai 1899.



revêtement, obtenu en détruisant la synéchie au moyen d'un caustique chimique (acide chromique, etc.) soit que l'isolement s'obtienne par la présence d'un corps isolant placé entre chacun des bords de la partie sectionnée. C'est ainsi que plusieurs rhinologistes, Lavrand (1) entre autres, ont voulu substituer la destruction chimique par l'acide chromique à la galvanocaustie dont les cautérisations produisent des brûlures ayant tendance aux rétractions, tandis que les eschares consécutives à l'action de l'acide chromique ne présentent pas cet inconvénient. Sauf dans quelques cas spéciaux (Névropathes, enfants, etc.) l'acide chromique est peu employé, même selon le procédé de Henques, c'est-à-dire fondu, adhérent sur un porte-caustique. On lui reproche d'être fusible et très toxique et de pouvoir ainsi occasionner des accidents en tombant dans le rhinopharynx. La galvanocaustie au contraire est presque toujours usitée et on aide à une cicatrisation convenable par l'isolement permanent des surfaces de séparation. A cet effet, il est employé des lamelles aseptiques, faites d'une substance malléable, suffisamment rigide pour que leur introduction dans les voies nasales soit aisée et leur séjour tolérable. Elles doivent être en même temps incorruptibles et non encombrantes.

Le coton hydrophile, les gazes aseptiques ou antiseptiques diverses (iodoformées, salolées, boriquées) sont quelquefois utiles mais leur contact ou leur tassement entre les lèvres de la plaie en font rejeter l'emploi car elles irritent la muqueuse et tiennent mal en place. Enduites de vaseline antiseptique, ces gazes constituent toutefois un excellent pansement de début, immédiatement après la section galvanique, pour prévenir ou attendre l'apaisement de la réaction inflammatoire. Passé cette période, les lamelles d'isolement doivent être employées. Elles seront, comme nous l'avons dit, légères, malléables, molles et suffisamment rigides, lisses, arrondies et émoussées sur leur bord, mais avant tout incorruptibles et facilement aseptisables. Tour à tour, et avec juste raison, l'ivoire, l'étain, le

(1) LAVRAND. — Acide chromique et Synéchies nasales (Société française, 1898, p. 785).

liège recouvert dec ollodion (Passemore Berens) l'aluminium, le cellulôid (Garel, Molinié) ont été employés. Le carton de papier (Moridtz Schmit, Lermoyez) moins dur que ces substances, rendu aseptique ainsi que le propose Lermoyez, en le plongeant dans le chloroforme, se ramollit facilement au contact du mucus nasal et forme bien vite une substance de revêtement qui constitue un appareil protecteur préférable aux substances rigides ci-dessus indiquées. Mais le carton de papier est une substance corruptible, aussi nous a-t-il semblé que, grâce à son incorruptibilité et à son aseptie complète et facile à obtenir, le carton d'AMIANTE deviendrait la substance absolument indiquée pour les pansements de ce genre.

L'AMIANTE en effet (*asbeste*), formé de *silicate de magnésie*, est une substance incombustible et incorruptible que ses propriétés filamenteuses permettent de transformer en linge, carton, papier, etc., et qui, ramolli par les liquides, peut aisément former une pâte. Déjà proposé autrefois par Dumont (de Monteux) pour être employé en charpie dans les ambulances, l'amiante peut être usité en rhinologie, soit comme matière isolante, soit comme matière de revêtement protecteur. A ce double titre le traitement des synéchies nasales opérées trouvera dans ce carton un excellent auxiliaire. Aussi, parallèlement aux substances ci-dessus signalées et de pratique courante, essayé l'usage de cette nouvelle matière.

Une synéchie nasale ayant été détruite au galvano-cautère ou à l'électrolyse, voici comment nous procédons pour éviter les adhérences nouvelles. Immédiatement après l'opération et pendant les deux jours qui suivent, nous tenons entre les lèvres de section, selon la réaction inflammatoire développée, une mèche enduite de vaseline boriquée, l'orifice externe de la fosse nasale fermé de coton hydrophyle. Dès le 3<sup>e</sup> jour nous employons les lamelles d'amiante. Celles dont nous nous servons sont lisses, un peu molles, bien polies sur leurs faces planes et taillées au moment même de leur emploi avec de simples ciseaux de pansement, sur un carton de cette matière. Après en avoir arrondi les angles et les bords, et avoir aseptisé la lamelle d'amiante à la flamme d'une lampe à alcool ou d'un bec de Bunsen comme tout instrument de chirurgie, il ne reste

plus qu'à l'introduire entre les surfaces bourgeonnantes. On y réussit aisément en la graissant de vaseline boriquée et une fois ainsi placée, on peut la laisser à demeure pendant 48 heures et même plus.

D'un emploi facile et sûr il pourrait à la rigueur être confié au malade pour qu'il fit ses pansements lui-même, mais il est mieux que le malade soit pansé tous les deux jours par le médecin sous peine de récurrence.

Le carton d'amiante ainsi employé nous a déjà rendu les meilleurs services.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE RHINOLOGIE ET  
DE LARYNGOLOGIE

SESSION DE 1899.

Compte rendu par M. H. CABOCHE, interne des hôpitaux.

*Président : D<sup>r</sup> LUBET-BARBON**Séance du 4<sup>er</sup> mai.*

Allocution du président. — Comptes rendus du secrétaire et du trésorier. — MM. DUPOND (de Bordeaux), MASSIER (de Nice), DE CHAMPEAUX (Lorient), OLIVIER (de Paris), MEILLON (de Caunterets), LEFRANÇOIS (de Cherbourg), MONTSARRAT, PLOTTIER et CHARLES (de Paris) sont nommés membres titulaires de la Société.

1. GAREL. — Deux cas de tumeurs volumineuses de l'épiglotte : lipome et fibrome. — M. Garel (de Lyon) cite deux observations de tumeurs volumineuses siégeant sur l'épiglotte. Ces tumeurs sont assez rares ; M. Garel a déjà publié antérieurement un cas de fibrome de l'épiglotte.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un fibrome, observé chez une malade de 55 ans. La tumeur refoulait l'épiglotte. Elle avait le volume d'un petit œuf et parfois s'avavançait dans la cavité buccale. Elle fut enlevée sans hémorrhagie au moyen de l'anse galvanique.

Les fibromes sont d'une rareté relative. Bien plus rares encore sont les lipomes, puisque M. Garel n'a pu trouver que 13 cas antérieurs à celui qu'il publie aujourd'hui. Il a rencontré ce lipome chez un ecclésiastique de 61 ans. La tumeur était implantée sur la fossette glosso-épiglottique droite. Elle donnait lieu à un cornage considérable mais sans accès de suffocation. Ce lipome fut enlevé également sans hémorrhagie avec l'anse galvanique ; il pesait 25 grammes.

Les lipomes du larynx sont toujours volumineux, ils ont un pédicule de petite dimension et sont très mobiles. Les récidives des lipomes sont assez fréquentes ; parfois elles se font sur le type fibreux.

Ces tumeurs sont jaunes ou rougeâtres, elles ont une forme arrondie et parfois lobulée.

L'ablation a été pratiquée avec des ciseaux ou l'anse froide. L'anse galvanique est préférable. La pharyngotomie est rarement indiquée.

2. BONNIER (de Paris). — **Rapport sur les épreuves de l'ouïe.** — Ces épreuves ont peu de précision et peu de signification absolue, d'une part, parce qu'elles ne mettent pas en jeu des valeurs acoumétriques exactes ou même comparables entre elles, et, d'autre part, à cause de l'incohérence et de l'insuffisance de nos données classiques sur la physiologie de l'audition. La plupart de ces épreuves concernent le fonctionnement de l'appareil de transmission et l'on conçoit de quelle importance doit être la compréhension de ce fonctionnement dans l'interprétation des troubles et des variations fonctionnelles observés et provoqués.

Après avoir fait la critique des théories classiques de l'audition fondées sur l'assimilation de l'oreille à un appareil de résonnance, M. Bonnier s'attache à montrer qu'à aucun point de vue elles ne sont acceptables. Il indique, en y insistant, le rôle fondamental de l'oscillation totale des milieux inertes et suspendus de l'oreille, et c'est à cette forme d'oscillation qu'il rattache l'interprétation des signes cliniques fournis par les épreuves de l'ouïe.

M. Bonnier étudie ensuite la paracousie de Weber, c'est-à-dire l'exagération de l'audition au contact, et insiste sur la signification clinique probable de la paracousie qui se manifeste quand le diapason est appliqué au genou du sujet, forme de l'épreuve de Weber sur laquelle il a récemment attiré l'attention des auristes.

L'épreuve de Rinne compare l'audition au contact à l'audition aérienne pour une même oreille; l'épreuve de Weber compare l'audition au contact de deux oreilles; l'épreuve de Schwabach compare l'audition au contact d'un sujet à l'audition normale. D'autres épreuves (Corradi, Eitelberg, Luzzati) ont pour but de reconnaître si la lésion intéresse l'appareil de transmission ou celui de la perception. Aucune ne nous donne la valeur absolue de l'audition aérienne et de l'audition solidienne, ce qui simplifierait tout, et substituerait à des rapports entre des valeurs relatives ou même inconnues la connaissance de valeurs réelles, absolues, qu'il serait toujours facile et utile de comparer entre elles.

D'autres épreuves ont pour objet de modifier les conditions de la transmission en déplaçant toute la chaîne de milieux conjugués, soit en dehors, soit en dedans. Ce sont les épreuves de Val-

salva, de Politzer, de Bartsch, de Toynbee et de Gellé. L'auteur les discute rapidement et en revient à la nécessité qu'il y a à trouver pour l'audition des procédés d'acoumétrie simples et surtout comparables, dans leurs résultats, d'un observateur à l'autre.

Il propose le diapason de 100 vibrations doubles à la seconde, qui est également étranger à la notation musicale allemande ou française et se trouve déjà employé en chronographie. Le déplacement angulaire du diapason fait apparaître dans son image une striation qui disparaît à un moment donné de son extinction; c'est ce moment assez court que M. Bonnier prend pour 0, et à partir duquel les capacités auditives tant aériennes que solidiennes sont mesures de valeurs positives et négatives évaluées en secondes. La longue durée de l'extinction du diapason laisse indifférents des écarts de plusieurs secondes.

3. LOUIS VACHER (d'Orléans). — **Sur les végétations adénoïdes chez l'adulte.** — (Publié *in extenso*, p. 714).

#### Discussion.

LERMOYEZ. — J'appelle l'attention de la société sur les différences qui existent au point de vue des récidives après curetage incomplet des végétations adénoïdes, suivant l'âge du sujet.

Il y a, à mon avis, deux cas à considérer :

De 0 à 12 ans après curetage incomplet, la récidive a lieu deux ou trois ans après.

A partir de 12 ans, les végétations restantes disparaissent par sclérose.

Chez l'adulte : lorsqu'on opère des végétations ayant amené de l'obstruction tubaire, et qu'on en laisse quelques-unes à la partie supérieure de la choanne, le fait n'a pas d'inconvénient. Si on en laisse au voisinage de l'orifice de la trompe : il y aura du catarrhe tubaire.

CASTEX observe que l'on voit rarement la transformation de ces végétations en tumeurs malignes.

GAREL pense, qu'en somme, les végétations adénoïdes de l'adulte sont une rareté.

MOURE préfère, pour le diagnostic des végétations, le doigt au miroir. Celui-ci ne donne qu'une idée imparfaite des végétations qui paraissent beaucoup plus petites qu'elles ne le sont en réalité. En outre, un doigt bien aseptisé ne fait pas courir plus de risques d'infection en cette région qu'en une autre quelconque.

LAVRAND (de Lille) est aussi de l'avis de M. Moure.

4. MOURE (de Bordeaux). — **Du traitement des tumeurs malignes des fosses nasales.** — L'auteur passe en revue l'opinion des différents auteurs qui, tous, proposent pour enlever les tumeurs malignes des fosses nasales, l'opération par la voie externe. Suivant que le néoplasme est pédiculé ou sessile, le délabrement à faire extérieurement est plus ou moins considérable, il va depuis le rabattement simple du nez en haut, en bas, ou sur les côtés, jusqu'à la résection de tout ou partie du maxillaire supérieur.

Contrairement à cette opinion M. Moure pense que les tumeurs malignes des fosses nasales, opérables, c'est-à-dire n'ayant pas dépassé les cavités du nez à proprement parler, *peuvent être enlevées complètement* par les voies naturelles. Il classe les néoplasmes malins d'après leur siège, en tumeurs de la région inférieure (cloison cartilagineuse, cornet inférieur, vomer); tumeurs de l'étage moyen du nez, (méat moyen, cornet moyen, 1/3 inférieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde); enfin tumeurs de l'étage supérieur occupant le labyrinthe ethmoïdal, la partie supérieure de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, la région sphénoïdale. Ces différents néoplasmes peuvent tous être enlevés sans opération externe, à la condition de procéder par morcellement, d'aller assez vite, de manière à éviter un écoulement sanguin trop abondant. Dans tous les cas l'opérateur est toujours maître de l'hémorrhagie qu'il peut facilement arrêter. On peut procéder en plusieurs séances pour arriver jusqu'au point d'insertion de la tumeur que l'on voit toujours très nettement, grâce à l'élargissement des cavités nasales par le néoplasme; il est alors facile de supprimer le point d'insertion, le dépasser même, le cautériser au fer rouge (galvanocautère) et surtout surveiller attentivement les récidives. Chaque séance occasionnant un choc opératoire des plus restreints, il n'y a aucun inconvénient à faire des interventions même nombreuses par cette voie.

A l'appui de sa théorie, M. Moure cite 3 cas choisis parmi beaucoup d'autres, dit-il. Dans le premier il s'agit d'un sarcome de la cloison cartilagineuse ayant nécessité, après une récidive, la résection presque totale du fibro-cartilage; il est guéri aujourd'hui depuis deux ans et demi.

Le second fait concerne une jeune fille âgée de 15 ans, au moment où elle a été opérée d'un sarcome encéphaloïde occupant le méat moyen et une partie du cornet moyen. Après récidive, la plus grande partie du cornet moyen fut enlevée, le point d'implantation cautérisé et aujourd'hui, c'est-à-dire 10 années après, la malade est parfaitement guérie.

Les deux derniers faits enfin concernent des épithéliomas volumineux ayant amené des déformations extérieures, exophtalmie, défoncement des os propres, défoncement de la cloison, qui furent opérés également par les voies naturelles et dont l'un récidiva un an après. Le malade, opéré à nouveau, est encore en traitement, obligé de subir de temps à autre des interventions opératoires sur le point d'insertion de son néoplasme qui occupe la partie supérieure de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, une portion de la voûte du nez et une partie de l'os planum (portion interne). Malgré ces limites étendues, le malade ne souffre nullement de cette repullulation qui est à peine visible à l'examen rhinoscopique.

L'auteur termine en disant que le volume considérable de certaines tumeurs malignes des fosses nasales ne doit pas faire hésiter le chirurgien, ni empêcher d'opérer par les voies naturelles.

#### *Discussion.*

CASTEX. — J'ai rarement pu faire l'ablation d'une tumeur maligne des fosses nasales par les voies naturelles. D'autre part, je craindrais en rejetant les interventions, comme l'a fait M. Moure, de donner un coup de fouet à la tumeur et d'en hâter l'extension.

GAREL. — On doit distinguer deux cas bien différents. Celui où on a une tumeur uniquement nasale et pour lequel on peut suivre les voies naturelles, celui où l'on a affaire à une tumeur propagée aux sinus et pour lequel on doit s'adresser aux procédés chirurgicaux.

MOURE répond à M. Castex qu'il a pu enlever par son procédé des tumeurs volumineuses. Pour lui, les voies naturelles donnent autant de jour que le décollement du nez. D'ailleurs, quand la tumeur est insérée haut, on a des récidives par les deux procédés. Il répond à M. Garel que sa communication vise uniquement les tumeurs exclusivement nasales.

5. CASTEX (de Paris). — **L'hystérie de l'oreille.** — Le diagnostic de certaines otopathies ne peut être posé de façon satisfaisante sans recourir à l'hypothèse du nervosisme. Les principales manifestations de l'hystérie de l'oreille sont : 1° L'hypoacousie ; 2° l'hyperacousie ; 3° l'otalgie ; 4° l'hémorrhagie spontanée ; 5° l'hystéro-traumatisme ; 6° la surdi-mutité.

Dans l'hypoacousie, il n'y a pas de bourdonnements, le diapason vertex est latéralisé au côté sain, le Rine est positif. Le cas



doit être différencié surtout avec la sclérose labyrinthique par ces considérations que, dans l'hystérie, il n'y a pas de bourdonnements, pas de vertige, mais des variations fréquentes dans l'acuité et la possibilité du transfert.

Les hémorragies comparables à celles des muqueuses gastriques ou vésicales sont souvent périodiques.

L'hystéro-traumatisme et la surdi-mutité apparus brusquement sont de pronostic favorable.

En matière de diagnostic, il faut surtout penser aux combinaisons fréquentes dans lesquelles l'hystérie s'associe en plus ou moins grande proportion à une lésion otique définie.

CASTEX communique plusieurs observations relatives à ces divers types d'oreille hystérique.

Conclusions : L'hystérie n'est pas moins protéiforme à l'oreille qu'ailleurs. Elle s'ajoute à des otopathies qu'elle aggrave et sous lesquelles il importe de la découvrir. Une bonne part du traitement doit être dirigé contre le nervosisme.

#### *Discussion.*

X. — Il faut distinguer la coexistence de l'hystérie avec une lésion de l'oreille, et l'hystérie pure qui peut guérir complètement.

Y. insiste sur la conservation du réflexe binauriculaire, c'est-à-dire des moteurs de l'oreille tandis qu'il y a suspension de l'audition.

G. GELLÉ. — Il faut pour faire le diagnostic constater l'existence des stigmates.

LERMOYEZ. — M. Gellé est allé au-devant de mon objection. A mon avis, on ne doit poser le diagnostic d'hystérie que dans deux cas :

1<sup>o</sup> Si le malade est nettement hystérique ;

2<sup>o</sup> Si, dans l'hypothèse d'hystérie monosymptomatique, il y a coexistence de certains stigmates. Dans un cas, j'ai observé un phénomène particulier : la perte complète de la perception crânienne. Fait qui aurait, dans l'espèce, une certaine valeur ; et encore, n'oserais-je pas affirmer l'hystérie sans l'existence de stigmates.

GELLÉ. — La perception crânienne disparaît dans un grand nombre d'affections nerveuses autres que l'hystérie, dans la neurasthénie, dans les affections cérébrales, etc. Il ne faudrait pas tabler uniquement sur ce signe pour faire le diagnostic d'hystérie.

CASTEX répond que, en effet, chez les malades qu'il a étudiés, il avait constaté des stigmates de l'hystérie.

6. GAUDIER (de Lille). — **Sarcome de l'amygdale.** — Résume l'observation rare d'un sarcome à petites cellules développé dans la loge amygdalienne gauche et ayant évolué à la façon d'une amygdalite phlegmonneuse. La marche rapide, la forme de la tumeur, l'aspect à l'examen buccal paraissaient tellement être celui d'un abcès, qu'un médecin appelé avait ponctionné au bistouri à deux reprises. Le caractère rénitent, presque fluctuant, de ces tumeurs est d'ailleurs classique.

Comme la masse, par son volume, menaçait d'amener l'asphyxie, on en tenta l'ablation. L'énucléation fut assez facile ; mais une récurrence rapide emporta la malade.

*Discussion.*

MOURÉ. — J'ai observé un cas de sarcome de l'amygdale. Je fis l'ablation à l'anse galvanique, et je la fis suivre d'un curetage de la loge. Le malade mourut d'une récurrence.

7. MAHU (de Paris). — **Un cas d'otoplastie du pavillon chez un enfant.** — (Voir page 739).

8. L. BAR (de Nice). — **Chute de végétations adénoïdes dans le larynx. Considérations diverses.** — Cet accident peut survenir quand on curette le Rhino-pharynx avec le couteau de Gottstein l'enfant tenu en position assise comme il convient pour la narcose brométhylque. Il peut entraîner la mort immédiate. Mais, généralement l'enfant un peu grand rejette dans un accès de toux le fragment de végétation égaré. C'est un accident rare. — Un fait que nous avons observé fut suivi d'asphyxie et de cyanose immédiates. L'enfant ne fut sauvé que parce que nous pûmes saisir le fragment de végétation enclavé dans le vestibule laryngien et la région interaryténoïdienne.

Aussi la méthode mixte d'opération : pince de chatelier puis couteau de Gottstein peut-elle être considérée comme la plus sûre. L'anesthésie peut, en pareil cas, se faire aisément avec le chloroforme, le malade en position de Rosen.

*Discussion.*

MALHERBE. — Je rappellerai que j'ai fait, l'année dernière, devant la Société, une communication sur le traitement de la Rhino-pharyngite postérieure par le curettage, et où je préconise une méthode opératoire qui m'a donné de très bons résultats. Elle consiste à curetter énergiquement le Rhino-pharynx, le malade étant anesthésié au bromure d'Ethyle, dans la position couchée et la tête basse. C'est d'ailleurs de cette façon que j'opère toutes les tumeurs adénoïdes chez les enfants. Par ce procédé il n'y a à craindre ni la chute des végétations, ni l'écoulement de sang dans les voies aériennes.

LUBET-BARBON. — Le fait signalé par M. Bar est extrêmement rare. Sur un très grand nombre d'opérations pratiquées à ma clinique, je ne l'ai jamais rencontré. Les végétations quand elles ne sont pas expulsées par la bouche, sont le plus souvent dégluties.

MALHERBE. — Cet accident m'est arrivé une fois : j'ai pu extraire la végétation avec le doigt.

BONAIN (de Brest). — J'évite l'accident signalé par Bar, en opérant le malade la tête basse. J'anesthésie très rapidement le malade par un mélange de chloroforme et d'éther au dixième ; et, sans attendre l'abolition des réflexes, j'opère à la pince d'abord, à la curette ensuite, puis j'écouvillonne fortement le naso pharynx avec une solution concentrée de résorcine. Je n'ai eu qu'à me louer de ce procédé opératoire.

---

*Séance du mardi 2 mai 1899.*

9. D<sup>r</sup> ARISTIDE MALHERBE (de Paris). — **Du tubage de l'oreille moyenne dans l'évidement pétro-mastoidien.** — Le D<sup>r</sup> Malherbe présente une modification qu'il a apportée à sa technique opératoire de l'évidement petro-mastoidien sous le nom de *tubage de l'oreille moyenne*. Pour comprendre la valeur de cette modification, il faut savoir que dans la majorité des affections désignées sous le nom d'otite moyenne chronique sèche, il y a résorption des cavités du système tympano-mastoidien, d'où diminution des vibrations sonores. Qu'il s'agisse de lésions congénitales, de lésions suppurées anciennes, de lésions scléreuses soit se développant d'emblée soit succédant à des lésions inflammatoires anciennes, la gouge trouve une apophyse dure, éburnée, l'antre réduit de volume, l'aditus

oblitéré, plus de muqueuse ; en un mot, il y a résorption des cavités pneumatiques de l'oreille par un processus sclérosant. Dans ces cas, il faut pratiquer l'évidement avec tubage qui assure d'une façon plus complète le fonctionnement de l'annexe pneumatique de l'oreille. Dans les lésions catarrhales qui n'ont pas subi la dégénérescence scléreuse, l'évidement doit avoir surtout pour but de rétablir le fonctionnement des organes de transmission par la destruction des adhérences et la libération de la caisse.

Dans tous les autres cas, au contraire, M. le Dr Malherbe pratique après l'évidement osseux, une communication entre les cavités tympano-mastoïdiennes et l'air extérieur, à l'aide d'un petit tube en cellulose pur, incurvé en forme d'U.

Aseptisé par les vapeurs de formol, ce tube est placé par l'une de ses extrémités dans l'antre, l'autre extrémité taillée en biseau sort dans le conduit auditif externe, la concavité du tube emboîtant le bord antérieur osseux de l'apophyse. Le reste de l'opération est terminé comme d'habitude. Le malade est entièrement guéri le 10<sup>e</sup> jour.

Chez tous les opérés, le tube a toujours été parfaitement toléré ne procurant aucune gêne : il est absolument invisible extérieurement.

Ce procédé spécial donne des résultats supérieurs à l'évidement simple dans tous les cas d'otite à lésions sclérosantes et à ostéite condensante.

Dans les formes hyperplastiques de l'otite, il faut donner la préférence à l'évidement petro-mastoïdien sans tubage.

10. COLLET (de Lyon). — **Rapport sur l'anosmie.** — Après avoir donné un résumé de la structure de la muqueuse olfactive, rappelé la physiologie de l'olfaction et indiqué quelques procédés pour mesurer l'acuité olfactive, l'auteur étudie les variétés étiologiques de l'anosmie, expose un essai de classification pathogénique et indique le traitement de divers cas pouvant se présenter.

#### VARIÉTÉS ÉTIOLOGIQUES DE L'ANOSMIE

*Anosmie congénitale.* — Il ne faut pas se hâter de conclure a un rapport constant entre l'anosmie congénitale et l'absence des nerfs ou des centres olfactifs :

1<sup>o</sup> *Absence des nerfs olfactifs.* — Rosenmüller, Cerutti, Pressat, et quelques autres ont constaté l'absence des bandelettes et des bulbes olfactifs, coïncidant avec l'absence du sens de l'odorat ;

2° *Altérations de la muqueuse nasale.* — Il est incontestable que des altérations acquises de la muqueuse peuvent être souvent la cause d'anosmies en apparence congénitales, une maladie infectieuse du jeune âge, la grippe, la diphtérie, un coryza violent et prolongé, une rhinite chronique, peuvent amener dans les premières années de la vie la destruction des cellules olfactives dans la pituitaire et de tels faits en imposent pour une anosmie congénitale.

3° *Anosmie héréditaire.* — Je ferai les mêmes réserves au sujet de l'anosmie héréditaire qui peut être consécutive à des altérations grossières de la muqueuse olfactive.

*Anosmie sénile.* — Chez les vieillards on observe une diminution considérable ou même une abolition complète de l'odorat à laquelle on ne peut assigner une cause précise. Depuis les recherches de Prévost, on attribue généralement l'anosmie sénile à l'atrophie des nerfs olfactifs. D'autre part, il est fort possible que la muqueuse olfactive soit, de par la sénilité, frappée d'un processus de sclérose analogue à celui qui frappe chez les vieillards la peau, l'oreille moyenne, etc.

*Anosmie de la ménopause.* — La ménopause s'accompagne quelquefois d'anosmie. Faut-il aussi décrire sous ce titre l'anosmie consécutive à l'ablation des deux ovaires (Gottschalk) ?

*Anosmie dans les maladies des fosses nasales.* — Toutes les dispositions qui s'opposent au libre passage de l'air inspiré chargé de particules odorantes sont des causes d'anosmies. Ainsi agissent toutes les causes qui rétrécissent la fente olfactive : (Congestion passive du cornet moyen, ou congestion vaso-motrice à la suite d'une douche froide, sa dégénérescence polypoïde ; son hypertrophie comme on la voit dans l'ozène. Déviation de la cloison.) Indépendamment des anosmies qui tiennent au rétrécissement de la fente olfactive, les autres anosmies mécaniques, auxquelles on devrait réserver le nom de respiratoires jouent un rôle important. L'hypertrophie des cornets inférieurs, joue un rôle dans l'anosmie, mais seulement de faible degré : l'air inspiré passe en effet surtout dans le méat moyen. Citons encore : les éperons de la cloison ; les déviations en masse de la cloison ; les polypes du nez ; le rétrécissement des narines par un lupus ou par une rétraction cicatricielle quelconque ; l'ablation du nez ; la perte de l'avent nasal par traumatisme ou par suite d'un processus pathologique. Il faut, dans la pathogénie, accorder sans doute un rôle des plus importants à la direction vicieuse du courant d'air inspiré. Par suite de l'ablation ou de la destruction de l'avant nasal, les ori-

fices des narines ne sont plus situés dans un plan horizontal, mais dans un plan vertical. Le courant d'air inspiré, chargé de particules odorantes, parcourt alors les fosses nasales d'avant en arrière, parallèlement à leur plancher qu'il rase pour ainsi dire, et pénètre directement jusqu'au pharynx, au lieu de s'élever en partie vers la fente olfactive : d'où anosmie. L'ozène compte l'anosmie au nombre de ses principaux symptômes : ce trouble fonctionnel reconnaît évidemment ici des causes multiples dont la plus importante est l'atrophie de la muqueuse olfactive. Chacun sait que l'ozène est caractérisé anatomiquement par l'atrophie de la muqueuse nasale ; or il se produit dans ses parties les plus reculées une véritable *métaplasie* de l'épithélium olfactif. Les coryzas intenses, surtout le coryza diphtérique et le coryza grippal laissent souvent l'anosmie à leur suite et cela s'explique facilement par les altérations de la muqueuse gagnant jusqu'à la région olfactive dont les cellules, si facilement vulnérables, sont finalement détruites. Les coryzas ulcéreux agissent de la même façon. Les sinusites maxillaires ou frontales aiguës s'accompagnent souvent d'anosmie et, plus rarement, ce trouble fonctionnel persiste avec l'inflammation sinusienne sans qu'une lésion locale puisse l'expliquer.

*Anosmie gustative.* — Tout obstacle au passage de l'air dans les fosses nasales, tout obstacle à la communication entre le pharynx buccal et les fosses nasales ne permettra qu'une gustation imparfaite. Lorsque l'obstacle est disposé de telle façon qu'il permet de sentir un objet placé sous les narines et gêne au contraire le passage des odeurs à travers les choanes (végétations adénoïdes, adhérences du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx), on donne à ce trouble le nom expressif d'anosmie gustative.

*Anosmie consécutive à des opérations sur les fosses nasales.* — Il paraît s'agir d'une action inhibitoire exercée par le traumatisme sur les centres olfactifs.

*Anosmie traumatique.* — Les traumatismes qui produisent l'anosmie (et il s'agit habituellement d'une anosmie absolue) portent presque toujours sur la nuque et plus rarement sur le front. Elle a été attribuée à la déchirure des nerfs olfactifs à leur compression par un épanchement sanguin. Dans les cas de traumatisme portant sur le front il y avait souvent fracture du crâne : on peut invoquer une fêlure de l'ethmoïde ou un épanchement sanguin.

*Anosmie dans les maladies du système nerveux.* — On a constaté l'anosmie dans la paralysie générale, le tabes, l'hystérie,

l'épilepsie, plus rarement dans les lésions circonscrites du cerveau comme les tumeurs ou les ramollissements :

1° *Anosmie dans le tabes.* — Chez les ataxiques on trouve souvent de la diminution de l'odorat, rarement une anosmie absolue. Elle s'observe surtout dans les formes bulbaires du tabes. Il est impossible de décider si cette anosmie relève uniquement de lésions des nerfs olfactifs, ou de lésions du nerf nasal, branche du trijumeau, qui tient sous sa dépendance par les fibres vasomotrices sécrétoires et trophiques le fonctionnement de la muqueuse nasale ;

2° *Anosmie dans la paralysie générale.* — Il faut sans doute faire jouer un certain rôle à la compression, dans cette maladie anatomiquement caractérisée par une méningo-encéphalite. (L'anosmie a été également observée dans les méningites, notamment dans la méningite cérébrospinale) ;

3° *Anosmie dans les lésions circonscrites du cerveau.* — Ball et Krishaber sur 185 cas de *tumeurs cérébrales* ont relevé six fois l'existence d'une anosmie, *toujours bilatérale*, ils pensent que l'anosmie s'observe plutôt dans les lésions de l'hémisphère droit. Il m'a paru que l'anosmie figurait surtout dans la symptomatologie des tumeurs des *lobes frontaux* ; dans la plupart des cas il y a compression directe du bulbe olfactif, de la bandelette ou des nerfs olfactifs ; toutefois dans quelques cas de tumeurs cérébrales, la compression se fait à distance, vraisemblablement par suite de l'augmentation de la pression intracrânienne ;

4° *Rapports de l'anosmie avec l'aphasie et l'hémiplégie.* — Fletcher, Ogle, Ball et Krishaber ont observé l'anosmie chez des aphasiques. Dans l'hémiplégie organique par lésion cérébrale il m'a semblé que l'anosmie siégeait habituellement du côté de la lésion cérébrale, c'est-à-dire du côté opposé à la paralysie des membres. Dans l'hémiplégie hystérique, au contraire, il est de notion courante que l'anosmie unilatérale existe du côté de la paralysie des membres et de l'anesthésie sensitive. Quant à la localisation de la lésion cérébrale qui produit l'anosmie unilatérale, elle est encore incertaine.

5° *Anosmie par lésion des nerfs crâniens.* a) *Paralysie faciale.* — Elle gêne l'olfaction par suite du collapsus de l'aile du nez. b) *Néuralgie du trijumeau.* La diminution de l'odorat est alors le résultat de troubles circulatoires ou trophiques. On sait que ce nerf contient des fibres vasodilatatrices pour la muqueuse nasale ; or, dans la néuralgie du trijumeau on observe de la sécheresse, de la tuméfaction ou de l'hypersécrétion.

6° *Anosmie dans les névroses.* — Dans l'hystérie on trouve assez souvent une diminution unilatérale ou bilatérale de l'odorat ainsi que des perversions remarquables de ce sens, mais l'anosmie est en somme rare.

*Anosmies toxiques.* — Tantôt il s'agit d'action locale limitée à la muqueuse nasale : 1° Des vapeurs odorantes, des gaz irritants; 2° certaines substances en solution aqueuse, à un degré trop élevé de concentration; 3° en insufflation, les substances médicamenteuses comme la morphine et la cocaïne. L'anosmie par la cocaïne présente les particularités suivantes : elle n'est jamais complète, probablement à cause de la difficulté qu'il y aurait à atteindre toute l'étendue de la muqueuse olfactive, elle porte sur toutes les odeurs également, elle est transitoire, ne dépassant pas quelques quarts d'heure, enfin elle est parfois précédée d'une hyperosmie qui ne dure que quelques minutes; 4° Dans des conditions plus exceptionnelles l'anosmie résulte d'une intoxication générale : le toxique est apporté par la circulation soit aux cellules de la muqueuse olfactive, soit aux centres nerveux (morphine, sels de plomb, tabagisme aigu et chronique). Enfin certaines substances comme l'atropine, gênent l'olfaction par diminution des sécrétions nasales et la sécheresse de la muqueuse qui en résulte.

*Anosmie dans les maladies infectieuses.* — Dans ces affections l'anosmie ne s'observe guère que lorsqu'elles se sont accompagnées de manifestations nasales : c'est le cas pour la grippe, la diphthérie, la syphilis. Les maladies infectieuses produisent l'anosmie par les lésions de la muqueuse nasale qu'elles déterminent. Cette très simple hypothèse est rendue vraisemblable par cette constatation que les affections qui s'accompagnent d'un coryza intense, la grippe avant toutes, sont précisément celles qui se compliquent d'anosmie. Il peut s'agir dans quelques cas d'une névrite infectieuse ou toxique, mais c'est là l'exception et non la règle. L'hypothèse d'une névrite toxique est assez séduisante pour ce qui concerne la diphthérie, maladie infectieuse accompagnée d'une intoxication générale de l'organisme, mais la fréquence du coryza diphthérique réduit beaucoup la valeur de cette ingénieuse interprétation.

*Anosmie dans les maladies de la nutrition.* — Il est fort remarquable qu'on n'observe pas l'anosmie après les hémorragies ou les maladies cachectisantes, qui sembleraient devoir compromettre la nutrition de la région olfactive. Dans le diabète on a vu quelquefois de la diminution de l'odorat : dans un cas de Nique elle coïncidait avec une névralgie faciale datant de trois ans et s'ac-



compagnait de sclérose de l'oreille. Vu la fréquence des névrites chez les diabétiques on peut se demander si les filets des nerfs olfactifs ne sont pas ici primitivement atteints. Chez les arthritiques l'anosmie a été signalée sans qu'on puisse la rattacher à une cause précise.

## ESSAI DE CLASSIFICATION PATHOGÉNIQUE

1<sup>o</sup> L'auteur propose de grouper les anosmies de la façon suivante : l'anosmie de cause mécanique, par obstacle à l'apport des particules odorantes ; 2<sup>o</sup> Anosmie par lésion de la muqueuse olfactive ; 3<sup>o</sup> Anosmie d'origine nerveuse. Chacun de ces trois grands groupes est susceptible de subdivision.

1<sup>o</sup> L'anosmie de cause mécanique comprend :

a) L'anosmie *respiratoire proprement dite*, qui résulte d'un défaut de la perméabilité des fosses nasales (exemple : polypes, hypertrophie des cornets inférieurs).

b) L'anosmie par *direction défectueuse* de l'air inspiré (exemple : ablation ou destruction de l'avant nasal).

c) L'anosmie par *oblitération de la fente olfactive*, la perméabilité nasale restant intacte (exemple : tuméfaction du cornet moyen, déviation de la cloison nasale dans sa partie supérieure).

d) L'anosmie *gustative* de Zwaardemaker, due à un obstacle du côté des choannes, des végétations adénoïdes du pharynx nasal, ou à des adhérences vélopharyngiennes.

2<sup>o</sup> L'anosmie par lésion de la muqueuse olfactive se définit d'elle-même. C'est celle de l'ozène, ou encore celle qui succède à la grippe ou aux coryzas intenses. Dans quelques cas il n'y a qu'une sécheresse de la muqueuse olfactive due à la sécrétion défectueuse du mucus ;

3<sup>o</sup> L'anosmie d'origine nerveuse est organique ou fonctionnelle :

a) *Organique*, elle comprend les lésions des nerfs olfactifs, des bulbes et des bandelettes (compression le plus souvent) et les lésions des centres.

b) *Fonctionnelle*, elle comprend l'anosmie hystérique et l'anosmie par inhibition qui n'en est peut être qu'une variété dans quelques cas (exemple : anosmie après opération intranasale).

*Traitement.* — Le traitement de l'anosmie dépend beaucoup d'un diagnostic précis. A ce point de vue chaque variété d'anosmie réclame une thérapeutique : ce n'est pas l'anosmie qu'on traite mais sa cause.

1° Toutes les fois qu'il s'agit d'une anosmie mécanique, résultant d'un obstacle au passage de l'air inspiré, c'est à cet obstacle qu'il faut d'abord s'attaquer. En cas d'absence de l'auvent nasal, la rhinoplastie ou l'application d'une pièce artificielle sont tout indiquées ;

2° Il n'en est plus de même dans les autres variétés d'anosmie. En dehors d'indications spéciales, telles que l'iodure lorsqu'on soupçonne la syphilis, la quinine dans certains cas d'anosmie intermittente (M. Raynaud) le rôle du médecin se réduit à essayer de modifier la muqueuse et à réveiller l'excitabilité des éléments nerveux par l'électricité et la strychnine.

*Irrigations chaudes.* — On compte par ce moyen modifier l'état de la muqueuse à cause de l'active vasodilatation qu'il produit.

*Massage.* — Le massage vibratoire est indiqué dans tous les cas où l'anosmie s'accompagne de modifications de la muqueuse nasale et notamment dans l'ozène.

*Strychnine.* — Elle est employée soit en injections hypodermiques qu'on pratique le plus près possible de la racine du nez, soit en insufflation.

*Electrisation.* — La franklinisation avec la machine statique et la faradisation sont pratiquées à la racine du nez. Ces moyens réussissent assez souvent dans l'anosmie hystérique. La galvanisation est extranasale ou intra nasale : extranasale elle se pratique en appliquant un pôle sur la racine du nez et l'autre à la nuque. Pour la galvanisation intranasale on procède de la manière suivante (Luc) une électrode (charbon) est appliquée sur la racine du nez, l'autre métallique, piriforme, recouverte d'ouate, est introduite dans une fosse nasale et enfoncée le plus haut possible. On fait passer un courant de 3 milliampères, en ayant soin de fermer et d'ouvrir le circuit sans secousse.

*Acide carbonique.* — Dans deux cas où l'anosmie avec perte du goût datait de plusieurs mois et où la strychnine avait été employée sans succès, Joal obtint une guérison complète par des douches d'acide carbonique dirigées vers la fente olfactive.

Les moyens précités ne sont pas seulement utiles dans les cas d'anosmie dite essentielle : ils sont à recommander en tant que moyens adjuvants au traitement chirurgical dans l'anosmie de cause mécanique.

#### Discussion.

ESCAT. — M. Collet, en parlant de l'anosmie syphilitique admet qu'elle s'explique par des lésions nasales, (gommès ou ulcérations).

J'ai observé quelques faits qui me font penser qu'il faut peut être émettre l'hypothèse de névrite spécifique dans certains cas.

Dans le premier fait, il s'agit d'un malade chez lequel l'anosmie avait précédé de quatre ans la céphalée et qui présentait de la névrite optique. Il n'y avait aucune lésion nasale visible.

Dans un deuxième fait, un homme de 38 ans présentait la déformation des tibias caractéristique de la syphilis. Il était atteint d'anosmie ; et, là encore il n'y avait aucune lésion nasale.

Dans un troisième fait, enfin, il s'agit d'une femme, présentant l'anosmie sans lésion de la muqueuse nasale. Elle avait fait trois fausses couches, et son mari était syphilitique.

M. CASTEX. — J'ai observé trois cas intéressants d'anosmie. Le premier cas fut constaté chez un malade atteint de neurasthénie et d'impuissance.

Le deuxième cas se présenta chez un ozéneux par suite de l'abus des injections intranasales.

Le troisième cas observé chez une femme est une combinaison d'anosmie et de cacosmie. Les odeurs agréables étaient perçues comme odeurs désagréables et inversement.

NOQUET a toujours constaté l'anosmie après l'ablation des polypes muqueux.

14. LUC (de Paris). — **Contribution à l'histoire et à l'étude des sinusites.** — Cette communication sera publiée en entier dans les *Annales*. M. Luc indique en même temps un procédé d'ouverture du sinus sphénoïdal dont le premier temps est l'opération de Luc sur le sinus maxillaire.

12. LUBET-BARBON et FRANCIS FURET (de Paris). — **Contribution à l'étude des symptômes et du diagnostic des sinusites.** — Voir page 649.

13. MOURE et LIARAS (de Bordeaux). — **A propos de 26 cas de sinusite maxillaire traités chirurgicalement.** — Voici les conclusions de ces auteurs : On doit toujours d'abord tenter le traitement médical pour une sinusite maxillaire ; s'il ne donne pas rapidement de résultats, avoir recours à la méthode de Luc. — On doit toujours faire une turbinotomie partielle préalable ; le chirurgien, s'en trouve bien pour faire sa communication nasale, l'écoulement des sécrétions post-opératoires en est facilité et on peut aisément surveiller et traiter le sinus curetté. Ils se servent d'un bistouri à

court tranchant et ont apporté quelques modifications de détail à l'instrumentation préconisée à l'origine. — La plaie buccale guérit en huit jours; une seule fois, ils ont eu une fistulette qui a été rapidement guérie. Du côté du nez, la très large communication qu'ils font pour supprimer drain et gaze se rétrécit et se comble rapidement. Ils n'ont jamais eu de récurrence ayant nécessité une nouvelle intervention chirurgicale même dans les cas de sinusite complexe. Trois récurrences, l'une à longue échéance, les deux autres, immédiatement après l'opération, ont guéri médicalement. — L'éclairage par transparence des sinus opérés leur a fait voir que le côté, cureté s'éclaire moins bien que l'autre. La ponction est indispensable pour établir si un sinus est guéri ou non. — Ils ont observé de l'hypéresthésie post-opératoire dans la zone du sous-orbitaire, jamais de névralgie du trijumeau. Au contraire, un cas de névralgie, rebelle à tout traitement chirurgical, a guéri après la cure d'une sinusite maxillaire. — L'état général de plusieurs malades, s'est remonté après l'opération, c'est surtout au point de vue pulmonaire qu'ils ont observé d'heureux résultats.

#### *Discussion.*

**LERMOYEZ.** — Je suis absolument d'avis que les sinusites maxillaires aiguës doivent guérir sans intervention chirurgicale. Je dirai plus : celle-ci est même mauvaise, car elle peut favoriser les infections secondaires. Toujours les sinusites aiguës doivent guérir médicalement.

Dans les sinusites chroniques, je suis également d'avis de faire une très large ouverture sur la face interne du sinus. Cette ouverture, en effet, se rétrécit vite, et au bout d'un certain temps on ne la retrouve plus.

Quant à la méthode que nous propose Luc consistant à aborder le sinus sphénoïdal à travers le sinus maxillaire : elle est déjà connue.

Je demanderai à M. Liaras de bien vouloir nous dire les raisons pour lesquelles il fait l'opération en deux temps ? (turbinotomie d'abord et trépanation plus tard). Il est bien plus simple de faire l'opération complète dans une même séance chloroformique.

J'arrive à la question des récurrences après opération des sinusites. J'avoue n'avoir pas été aussi heureux que mon collègue Lubet-Barbon. J'ai observé des récurrences, tant au sinus frontal, qu'au sinus maxillaire.

Au sinus frontal la récurrence est due sans doute au défaut de curetage. C'est généralement le vingtième jour que se produit la récurrence : une bosse apparaît au front ; elle crève et il s'ensuit une fistule. Dans ce cas, il faut refaire l'opération. Quand j'interviens pour la première fois, je fais l'opération de Luc ; quand j'interviens pour une récurrence je fais l'opération de Kuhnt qui supprime définitivement le sinus frontal et par suite les récurrences plus de sinus, plus de sinusite.

Au sinus maxillaire la récurrence est due le plus souvent à un petit point de nécrose alvéolaire. Je me souviens, à ce propos, de l'histoire d'un malade exotique opéré par Luc puis par moi pour une sinusite maxillaire. La récurrence a lieu trois semaines après. On fait une deuxième opération et le malade retourne chez lui. Il revient nous voir, un peu plus tard avec une deuxième récurrence. Nous l'opérons une troisième fois, et nous trouvons par hasard un petit diverticule du sinus au-dessus de la racine de la canine, diverticule auquel aboutissait une fistulette dentaire et qui était la cause de la récurrence.

Enfin, en ce qui concerne le diagnostic, je suis aussi d'avis, que l'éclairage ne suffit pas, et qu'il faut recourir à la ponction.

JACQUES (de Nancy). — Demande l'avis de la Société sur la valeur de la résection des cornets, comme manœuvre préliminaire de l'intervention dans les sinusites.

LUBET-BARBOX répond qu'il n'enlève les cornets que lorsqu'ils sont trop volumineux ; en général cela n'est pas nécessaire.

MOURE. — Je réponds à M. Lermoyez que je fais la turbinotomie préliminaire parce qu'elle est plus facile le malade étant dans la position assise, et que l'opération s'accompagne d'une hémorragie assez abondante qui peut être gênante en tombant dans les voies respiratoires au moment de l'intervention sous chloroforme.

Je suis également de l'avis de notre collègue Lubet-Barbox : il faut essayer la ponction et le lavage avant de faire la cure radicale. Je me propose d'ailleurs de faire simplement une large ouverture dans la paroi interne du sinus. Il faut, bien entendu, toujours enlever les chicots dentaires avant de faire la radicale ; ce sont ces chicots qui causent les récurrences par nécrose alvéolaire.

On peut trouver, en effet, des ostéo-périostites de la fosse canine simulant absolument la sinusite, ainsi que l'a indiqué Luc. Dans un cas, que j'ai observé, le stylet montra qu'on n'arrivait pas dans le sinus.

Quant au procédé dont parle Luc pour ouvrir le sinus sphénoïdal par le sinus maxillaire, il a déjà été décrit par Janssen.

JACQUES (de Nancy) demande s'il faut enlever les polypes des cornets quand on entreprend la cure radicale d'une sinusite maxillaire.

MOURE répond que les polypes sont l'indice d'une muqueuse infectée, qu'il faut par conséquent les enlever : ils peuvent être une cause de récédive.

LUC demande à M. Moure si Jansen fait la résection de la paroi interne du sinus dans son procédé pour le traitement des sinusites sphénoïdales. Devant la réponse affirmative de M. Moure l'auteur déclare, que dans ces conditions, la question de priorité n'existe pas.

LERMOYEZ. — Je réponds aux propositions émises par Moure au sujet de la turbinotomie.

1<sup>o</sup> L'opération est douloureuse si la cocaïnisation a été insuffisante. Il vaut donc mieux la faire sous chloroforme dans la même séance que la trépanation du sinus;

2<sup>o</sup> La position que nécessite l'administration de chloroforme ne complique pas beaucoup le manuel opératoire ;

3<sup>o</sup> La perte de sang est toujours nulle.

14. LERMOYEZ (de Paris). — **Traitement rationnel de l'hydrorrhée nasale.** — Une synthèse, aujourd'hui généralement admise, classe sous un même vocable de coryza spasmodique toutes les manifestations nasales à forme paroxystique caractérisée par des crises d'éternuement, de l'obstruction à bascule, de l'hydrorrhée, du larmolement et parfois de l'asthme ; peu importe que ces accidents soient périodiques comme la fièvre des foins ou apériodiques comme la fièvre nasale. Cette synthèse me paraît trop artificielle ; il y a un réel intérêt thérapeutique à la dissocier. D'un côté, doit prendre place la fièvre des foins, d'origine nettement exogène, où l'organisme est troublé par l'excitation extérieure d'une muqueuse nasale hypéresthésiée. Ailleurs doit se ranger le coryza spasmodique apériodique et surtout sa forme hydrorrhéique dont les accès sont généralement spontanés et traduisent, comme le ferait un accès de migraine ou une crise de diarrhée la décharge morbide de l'économie sur une pituitaire plus ou moins saine. Dans le premier cas, on conçoit que le traitement local donne d'excellents résultats ; dans l'hydrorrhée nasale d'origine endogène, il échoue, au contraire, le plus souvent.

L'hydrorrhée nasale n'est pas chose rare comme le croyaient

les auteurs américains qui les premiers l'avaient décrite ; elle est au contraire une infirmité très répandue dans la classe arthritique ; et j'en apporte une quarantaine d'observations personnelles recueillies en peu d'années.

Le traitement de cette affection n'a donné jusqu'ici que de médiocres résultats et cela pour avoir été conduit trop empiriquement. Or, l'étude de la pathogénie et surtout de la physiologie pathologique de cette affection m'a mené à une thérapeutique plus rationnelle, féconde en ses résultats.

A. — *Au point de vue pathogénique*, il y a lieu d'étudier les relations qui unissent l'hydrorrhée nasale : 1<sup>o</sup> aux troubles de l'état général ; 2<sup>o</sup> aux lésions nasales.

1<sup>o</sup> Chez presque tous les hydrorrhéiques, on trouve les manifestations, les plus nettes de l'arthritisme ; ces malades dérivent d'une souche goutteuse et sont eux-mêmes rhumatisants, migraineux, etc. Leur système nerveux est déséquilibré ; ce sont des neuro-arthritiques types ; de plus l'influence de l'état général sur l'hydrorrhée nasale s'affirme par les suppléances qui s'établissent brusquement entre celle-ci d'une part et d'autre part la toux, l'asthme, la migraine, la diarrhée. On voit soudainement une hydrorrhée nasale qui avait résisté à tous les traitements locaux cesser quand reparait une série de migraines ;

2<sup>o</sup> Au contraire les lésions nasales sont loin d'être constantes chez les hydrorrhéiques ; et quand elles existent, elles sont, non pas la cause, mais certainement l'effet de l'écoulement nasal. Ces lésions (dégénérescence polypoïde, macération de la pituitaire, etc.), sont, au même titre que l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure, le résultat de l'irritation des tissus par le passage des sécrétions nasales ; ce qui le prouve, c'est que ces lésions disparaissent spontanément quand par un traitement général on tarit l'hydrorrhée.

B. — *La physiologie pathologique* de ces accidents consiste en une excitabilité anormale du trijumeau nasal. Expérimentalement l'intoxication par la muscarine reproduit l'hydrorrhée nasale en excitant les filets sécrétoires contenus dans les branches du nerf maxillaire supérieur qui se rendent au nez. Et l'obstruction nasale qui l'accompagne a pour cause l'excitabilité des filets vasodilatateurs découverts dans ce tronc nerveux par Julliet et Hafont ; les étternuements faciles confirment l'hypéresthésie de ces nerfs.

C. — De ces notions dérive *un traitement rationnel* le plus souvent suivi de succès, si, jusqu'ici la thérapeutique a été sans grand

effet contre l'hydrorrhée nasale, c'est qu'on s'est contenté soit de vouloir modifier le terrain arthritique qui y prédispose, soit de combattre localement les lésions nasales auxquelles on attribue une importance exagérée. Malgré l'enthousiasme de ceux qui le prouvent, il est facile de s'assurer en critiquant leurs observations que ce dernier est souvent inefficace, il ne saurait en être autrement puisqu'il s'attaque à un effet pour modifier une cause. Parfois cependant il réussit ; mais alors ces bons résultats peuvent s'expliquer de deux manières : 1<sup>o</sup> Tantôt comme dans le cas de cauterisations limitées, ou d'électrolyse interstielle, il exerce une action inhibitoire qui suspend pour un temps plus ou moins long l'écoulement nasal, et dans ce cas, alors même qu'il échoue, il demeure toujours inoffensif ; 2<sup>o</sup> tantôt il se propose de détruire une grande étendue de la pituitaire : ainsi agit la décortication des cornets ou la turbinotomie. Une telle thérapeutique est en principe condamnable : parce qu'elle substitue à une muqueuse souvent normale, une muqueuse cicatricielle pauvre en glandes et en tissu érectile, incapable désormais d'échauffer et d'humidifier suffisamment l'air inspiré.

Je me suis proposé d'agir sur l'hydrorrhée nasale sans vouloir entamer contre la diathèse arthritique une thérapeutique lente et douteuse et sans combattre de parti-pris les lésions nasales auxquelles j'attribue peu d'importance, mais en tenant compte surtout de la physiologie pathologique de ces accidents. L'*atropine*, qui exerce une action d'arrêt si puissante sur les filets sécrétoires des nerfs, m'a paru être ici le médicament de choix ; mais comme elle ne modifie pas l'action vasomotrice de ceux-ci et qu'il y a lieu de combattre en même temps que l'hydrorrhée nasale le gonflement érectile de la muqueuse qui l'accompagne, je lui adjoins la *strychnine* qui a la propriété d'exciter les centres vaso-constricteurs de la moelle cervicale, d'où naissent les filets qui, par la voie du sympathique, se rendent aux vaisseaux de la pituitaire.

J'institue le traitement de la façon suivante. Pendant une première semaine le malade prend chaque jour un quart de milligramme de sulfate d'atropine et deux milligrammes de sulfate de strychnine ; pendant la semaine suivante cette dose est doublée, et dans certains cas rares je la triple pendant une troisième semaine. Puis le traitement est repris après un repos de dix jours. Sur 26 cas d'hydrorrhée que j'ai ainsi traités, 13 ont pu être suivis pendant longtemps ; de ceux-ci 10 ont obtenu rapidement une guérison définitive, alors que plusieurs d'entre eux avaient été à peine soulagés antérieurement par des opérations intranasales.



J'en conclus que dans le traitement de l'hydrorrhée nasale, il faut toujours commencer par mettre en œuvre exclusivement la médication atropo-strychnique et ne se résoudre au traitement local que dans les cas rares où elle échoue.

*Discussion.*

MOURE. — M. Lermoyez a-t-il fait l'examen histologique de la muqueuse des malades atteints de l'affection en cause ? Si oui, il a du voir qu'il y a atrophie des glandes. Il ne peut donc pas être question ici d'hypersecrétion glandulaire. Pour ma part, je me range parmi les partisans de la théorie anatomique. Les lésions de la muqueuse sont une cause et non pas un effet.

GAREL. — Je rejette complètement, pour ma part, la théorie anatomique. Je demanderai à M. Lermoyez comment il distingue l'asthme des foin du coryza spasmodique apériodique. Je pense que la distinction est parfois très difficile. Pour moi, en présence d'hydrorrhée, surtout quand elle s'accompagne d'accès d'éternuements, il faut toujours rechercher une cause extérieure. J'ai suivi, pendant plusieurs années, un malade qui était pris de crises d'éternuements, d'hydrorrhée et d'asthme toutes les fois qu'il se rendait à la maison de sa belle-mère, pendant les vacances. Or, un beau jour, je découvris que tous ces symptômes étaient dus à de la poudre de lycopode dont on se servait dans la maison, pour préserver contre les excoriations l'épiderme, un peu sensible, du jeune enfant.

Je demeure partisan du traitement local : je fais des cautérisations superficielles au galvano-cautère. Parfois, il est vrai, ce traitement est inefficace, mais quelquefois aussi j'ai obtenu des guérisons radicales.

LERMOYEZ. — Je réponds à M. Moure qu'effectivement le microscope montre une muqueuse malade dans laquelle on trouve peu de glandes, mais on en trouve cependant. D'ailleurs, l'atropine agit par l'intermédiaire des nerfs sécréteurs, et, puisque le traitement par l'atropine a guéri souvent mes malades, il faut bien admettre qu'il reste dans la muqueuse une quantité suffisante de glandes pour produire l'hydrorrhée.

Je reconnais, avec M. Garel, qu'il est effectivement difficile d'établir une distinction absolue entre l'asthme des foin et l'hydrorrhée nasale.

J'admets toujours une cause extérieure pour le rhume des foin.

Mais pour le coryza spasmodique, l'hydrorrhée, les causes extérieures ont une influence beaucoup moindre.

*Séance du mercredi, 3 mai.*

15. MOLINIÉ (de Marseille). — **Pan-sinusite de la face et dégénérescence myxomateuse de la muqueuse nasale, traitée chirurgicalement et guérie.** — Il s'agit d'un homme de 32 ans, atteint depuis plus de six mois d'une sinusite frontale double, de sinusite maxillaire double et de suppuration des cellules ethmoïdales; en outre, les fosses nasales étaient bourrées de polypes très abondants. La rétention de pus dans les sinus frontaux entraînait des douleurs à caractère névralgique. Le malade est émacié, a perdu le sommeil et l'appétit. Les polypes du nez sont extraits par les voies naturelles, puis, dans une première séance, les sinus frontaux sont trépanés et curettés, le canal fronto-nasal est agrandi, les cellules ethmoïdales curettées. On laisse le sinus ouvert sous un pansement aseptique. Quelques jours après, les deux sinus maxillaires sont trépanés à leur tour par la fosse canine et curettés. Dans la même séance, on enlève les tampons placés dans le canal naso-frontal afin d'éviter une infection d'origine nasale, et on referme le sinus frontal. La guérison est définitive avec un résultat esthétique très satisfaisant.

16. RAOULT et HOCHÉ (de Nancy). — **Un cas de papillomes multiples des amygdales palatines, et un cas de papillome de l'amygdale linguale.** — I. Un enfant de 6 ans, porteur de végétations adénoïdes, présente de volumineuses amygdales obstruant l'orifice pharyngien, et parsemées de masses pédiculées papillaires ou polypeuses, qui furent enlevées au thermocautère. La guérison survint. La tuméfaction des ganglions cervicaux disparut.

D'après la clinique, l'étude anatomo-pathologique, la photographie microscopique, les auteurs constatent :

1<sup>o</sup> L'influence de la gêne de la respiration (végét. adénoïdes) sur le développement des papillomes amygdaliens;

2<sup>o</sup> Reconnaittent avec Wyat la production de ces formations aux dépens de la surface de l'amygdale ou aux dépens de l'intérieur des cryptes donnant lieu à la genèse d'hyperplasies inflammatoires papillaires (papillome vrai de Wyat et de Wingrave) et de polypes lymphoïdes (papillome faux de W. et W.);

3<sup>o</sup> Ils proposent d'abandonner la dénomination mauvaise de papillome pour adopter celle, à la fois étiologique et anatomique, de amygdalite papillomateuse et polypode.

II. Le deuxième cas a trait à une amygdalite papillomateuse fibreuse chez un homme de 43 ans, au niveau de l'amygdale linguale.

17. ESCAT. — **Eruption pharyngée zostériforme chez un tabétique.**

— L'auteur rapporte l'observation d'un malade présentant de l'ataxie confirmée, atteint de mal perforant plantaire, et qui, en même temps, souffrait d'une éruption vésiculeuse unilatérale, dont la localisation sur la branche moyenne du trijumeau fit porter le diagnostic de Zona. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire.

18. GROSSARD (de Paris). — **Perforation tuberculeuse du voile du palais.** — L'auteur fut étonné, en lisant, il y a quelques mois, le compte-rendu d'une communication de M. du Castel, à la Société médicale des Hôpitaux, sur un cas de perforation du voile du palais d'origine tuberculeuse, d'apprendre que cette observation est extrêmement rare et qu'il n'y en avait guère qu'une observation publiée par Talamon. Il communique deux observations de perforations tuberculeuses du voile du palais et termine par les considérations suivantes : il n'essaye pas d'établir le diagnostic, souvent si difficile, entre la syphilis et la tuberculose au sujet de ses deux malades. Ils sont tuberculeux avérés, et, bien qu'ayant nié la syphilis, ils ont été soumis l'un et l'autre, pendant un temps assez long, au traitement iodo-mercuriel sans aucun bénéfice pour la lésion.

D'ailleurs, sans vouloir exagérer l'importance de l'éducation de l'œil, il n'en est pas moins vrai qu'il nous donne, le plus souvent par l'habitude, et sans qu'on puisse toujours le raisonner, une notion assez exacte de la nature des lésions tuberculeuses ou syphilitiques.

19. GAREL (de Lyon). — **La photographie stéréoscopique du larynx.** — Voir page 702.

20. GEORGES LAURENS (de Paris). — **Ostéome des fosses nasales avec mucoële fronto-maxillaire ; résection partielle du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde. Guérison.** — Voir page 725.

*Discussion.*

MOURE. — L'auteur a-t-il vu l'insertion de l'ostéome ?

LAURENS. — Non, j'ai vu ses relations en haut avec l'ethmoïde ; mais je n'ai pas vu son point d'implantation.

LERMOYEZ. — J'ai vu la malade avant que M. Laurens l'ait examinée : elle présentait des signes de compression, et à l'examen rhinoscopique, la tumeur paraissait toute petite. Aussi, un confrère avait essayé de l'enlever par les voies naturelles. Le résultat avait été insignifiant. Dans ces cas, en agissant de la sorte, on risque simplement de produire de l'infection sans aboutir à aucun résultat.

MOURE. — Ce qui fait paraître adhérentes ces tumeurs, ce sont les prolongements qu'elles envoient dans les cavités de la face. Aussi elles ne se prêtent pas à l'accouchement.

J'ai observé deux cas d'ostéome des fosses nasales : Le premier malade se fit opérer à Vienne et mourut peu de temps après. L'opération avait été incomplète. Le second malade présentait un énorme ostéome emplissant toutes les cavités de la face.

21. ALBESPY. — **Corps étrangers des fosses nasales.** — L'auteur rapporte trois observations. Elles montrent que les rhinolites peuvent se développer autour de corps étrangers que le malade ignorait.

*Discussion.*

ESCAT a vu quelques cas analogues. L'un des malades, qui a été vu aussi de M. Lubet-Barbon, avait en même temps de l'ozène. Il se demande si le corps étranger n'a pas été cause de quelque infection ayant joué le rôle producteur de l'ozène.

NOQUET rappelle qu'il a publié deux cas de rhinolithes, dont le point de départ était des corps étrangers non soupçonnés des porteurs.

22. Georges LAURENS. — **Otite moyenne chronique suppurée avec mastoïdite. Trépanation : ouverture accidentelle du sinus latéral. Phlébite suppurée. Ligature de la jugulaire. Curettage du sinus. Evidement du rocher. Guérison** (Présentation du malade). — C'est le cinquième malade auquel j'ai dû pratiquer la ligature de la veine jugulaire.

Le premier était un enfant porteur d'une vieille otorrhée ayant

provoqué une ostéite diffuse de l'apophyse. La corticale interne était complètement nécrosée et je trouvai le sinus latéral transformé en un lac purulent péri-cérébelleux. J'ouvris le cou, et liai la veine. L'enfant a été emmené de l'hôpital et a dû mourir de méningite.

Le second était un malade soigné dans un service de médecine pour une fièvre typhoïde depuis 15 jours. Le séro-diagnostic se montrant négatif, on s'aperçut que l'oreille sentait mauvais. Je fus appelé, trouvai un malade en état de pyohémie, avec vieille otorrhée et douleur apophysaire.

Sans perdre de temps, j'opérais séance tenante: il y avait une ostéite diffuse de l'apophyse. Je fis l'évidement, et, au cours de mes recherches du côté du sinus, je trouvai une veine mastoïdienne, du volume de la moitié du petit doigt, logée dans un véritable canal osseux, tortueux. Dans tout son trajet, jusqu'à son embouchure dans le sinus latéral, sa couleur était feuille morte. La ponction donna issue à du pus. Je liais aussitôt la jugulaire, ouvris ensuite et tamponnai le sinus. Le malade mourut le lendemain sans que l'autopsie pût me révéler d'autres lésions.

La troisième malade, à laquelle je fis une ligature de la veine, avait une otorrhée ancienne réchauffée depuis cinq jours. Toute l'apophyse était transformée en un bloc caséeux, rappelant l'aspect d'un Roquefort. Le sinus n'existait plus, il y avait un vaste lac purulent, péri-cérébelleux, atrocement fétide. Mort le lendemain par continuation de la pyohémie. Rien à la nécropsie.

Enfin, ma quatrième malade avait une thrombose pariétale du sinus. Elle succomba à un abcès du cervelet.

. . .

L'homme que je vous présente est entré en juillet dernier à l'hôpital, avec une otorrhée datant de cinq mois et une mastoïdite. On fit la trépanation, et on ouvrit le sinus latéral. Pendant quinze jours consécutifs, fièvre, céphalalgie intense et atroce. Au bout de dix jours, le sinus n'était pas encore totalement thrombosé et une hémorrhagie se produisit à l'ablation de la mèche.

C'est dans ces conditions que je vois le malade, un grand frisson me décide à intervenir. J'enlève le tampon sinusal et il sort du pus par le segment périphérique et par le bout jugulaire. En présence de cette phlébite suppurée limitée, je lie la jugulaire, re-

viens à l'apophyse, fais l'évidement et curette le sinus latéral en arrière dans la direction du pressoir.

Actuellement, le malade est presque guéri, une partie du fond de la caisse reste seule à épidermiser.

..

Quelques réflexions, en terminant et d'une manière générale, au sujet de la ligature de ce vaisseau.

Comme *indication* immédiate, je ne vois guère que la phlébite suppurée du sinus latéral. Dans les cas de thrombose du sinus, on peut attendre vingt-quatre à quarante-huit heures.

Le *manuel opératoire* est banal et se trouve décrit dans tous les traités. On peut lier au-dessus ou au-dessous du tronc thyro-linguo-facial : j'ai toujours lié au-dessous. Deux points sont à retenir : 1° il faut faire une longue incision pour avoir du jour ; 2° ne pas perdre le point de repère qui est le bord antérieur du sterno. Je n'ai rencontré qu'une seule difficulté dans mes ligatures, c'est chez le malade que je vous présente, le volume de sa jugulaire était considérable et le vaisseau se gonflait outre mesure pendant les mouvements de la respiration.

J'ai toujours sectionné la veine entre deux ligatures et toujours réuni ma plaie par première intention.

Quand, dans le cours d'une intervention crânio-cérébrale, je suis amené à lier la jugulaire, je me sers d'instruments stérilisés à part, et quand j'ai terminé cet acte opératoire, je fais toujours un pansement au collodion de ma plaie cervicale, de manière à bien l'isoler quand je vais travailler dans la mastoïde ou le sinus.

#### *Discussion.*

LERMOYEZ est d'avis qu'il faut toujours faire la ligature de la jugulaire interne dans le cas de phlébite du sinus latéral, et cela pour deux raisons : parce que l'air peut pénétrer dans les veines, pendant l'opération, et parce qu'en mobilisant le caillot, on peut en envoyer des fragments infectés dans la circulation. Il présente à la Société un malade ayant subi l'attico-antroomie et la ligature de la jugulaire interne. On voit, derrière le pavillon de l'oreille, l'orifice donnant accès dans la nouvelle cavité attico-antrale ; de la partie inférieure de cette cavité, part une cicatrice allant au bord antérieur du sterno-cléido-mastoidien.

MOURE demande à M. Lermoyez s'il n'est pas préférable de faire deux incisions différentes pour l'ouverture de l'antre et pour la ligature de la jugulaire.

LERMOYEZ répond que telle est sa pratique habituelle. Il y avait primitivement chez son malade deux incisions distinctes qui, secondairement, ont été réunies par suite de la présence ultérieure d'un abcès qu'on dut ouvrir.

MOURE. — N'est-il pas préférable de suturer immédiatement le pavillon de l'oreille à la lèvre postérieure de la plaie ?

MALHERBE est de cet avis, il suture immédiatement les deux lèvres de la plaie rétro-auriculaire et draine par le conduit.

LERMOYEZ. — On peut toujours, secondairement, faire une plastique.

LAURENS. — Je suis jusqu'ici partisan de l'ouverture rétro-auriculaire, on voit beaucoup plus facilement, et le pansement se fait beaucoup plus commodément. On peut toujours, secondairement, fermer l'ouverture.

23. Georges LAURENS. — **Sinusite frontale aiguë purulente, d'origine traumatique ayant déterminé un abcès sous-périosté médio-frontal, un vaste abcès extra-dural recouvrant les deux lobes frontaux et une thrombose de l'origine du sinus longitudinal supérieur. Trépanation du sinus frontal. Craniectomie. Guérison.** —

Voici, brièvement résumée, l'intéressante histoire de cette gentille fillette que je vais vous présenter.

Le 7 janvier dernier, à 9 heures du soir, je suis appelé d'urgence à l'hôpital auprès d'une fillette qui venait d'y être transportée.

Je trouve une enfant délirante, très agitée; je consulte la feuille de température qui marque 40°, un troisième symptôme attire mon attention : au milieu de la région frontale, empiétant un peu à gauche, une tumeur fluctuante apparaît très nette, étendue de la racine du nez à la naissance des cheveux.

Impossible d'avoir des renseignements. Je suis réduit à faire des investigations objectives. La collection préfrontale me porte à en rechercher la cause et j'examine le nez. A droite, rien. La fosse nasale gauche présente, au contraire, dans le méat moyen, une large goutte de pus épais, crémeux : en outre, cette narine renferme du pus et des croûtes sanguinolentes.

Ayant observé, quelques mois auparavant, un cas presque analogue, le diagnostic probable m'apparaît aussitôt : celui de sinusite frontale purulente gauche avec abcès sous-périosté et complication

intra-crânienne. En tout cas, un diagnostic m'apparaît clair : celui d'une intervention immédiate.

J'obtiens le consentement des parents et deux heures après l'enfant était à la salle d'opérations.

. . .

Tout le cuir chevelu est rasé. Je fais une incision en T renversé au milieu du front, j'ouvre une large collection sous-périostée, je la vide, en curette les parois et cherche en vain un orifice de communication ou une fistule avec le sinus frontal. Je trépane la table externe du sinus, le premier coup de ciseau fait sourdre du pus : le diagnostic semble donc se confirmer.

A la pince, j'agrandis rapidement la brèche osseuse et j'ouvre largement le sinus qui était rempli de pus mais ne renfermait aucune fongosité.

J'aurais pu, j'aurais dû peut-être, théoriquement m'arrêter là, drainer et refermer. Et si, quarante-huit heures après, les accidents avaient persisté, j'aurais défoncé la table profonde du sinus.

Je dois dire que l'intensité des phénomènes généraux, le délire actif de ma petite malade me faisaient craindre l'existence d'une complication endo-crânienne et je résolus de pousser plus loin l'intervention. Aussi, après avoir fait une antisepsie soigneuse du foyer sous-périosté et du foyer osseux, après les avoir badigeonné au chlorure de zinc, je trépanai le crâne au niveau de la table profonde du sinus, après avoir recherché minutieusement, d'une manière préalable, l'existence d'une fistule que je ne trouvai pas.

Par l'entaille osseuse que je pratique, s'écoule un jet de pus abondant : je viens donc d'ouvrir un abcès extra-dural.

J'agrandis la brèche à la pince-gouge, et pendant quelques minutes un pus épais, blanc, s'écoule sous pression et rejeté au dehors par les battements du cerveau.

Je me décide alors à faire une large craniectomie pour vider tout le foyer, en gratter et curetter les parois fongueuses et drainer largement. Je suis ainsi amené à réséquer une partie du frontal gauche, j'en dépasse les limites sur la ligne médiane : le pus et les fongosités m'amènent bien au-dessus du sinus frontal droit, à 2 ou 3 centimètres environ de la ligne sagittale. Je m'attends un moment à une hémorrhagie du sinus longitudinal supérieur : il ne donne pas, il est donc thrombosé, tout au moins en partie.

Pendant tout ce temps opératoire, je reste extra-dural et le cer-



veau bat sur une surface d'environ 15 centimètres carrés. Et, néanmoins, il s'écoule encore du pus de toute la périphérie de la brèche osseuse.

Après nettoyage de tout le champ opératoire, je suture au crin de Florence et draine avec un gros drain.

Dès le lendemain, les troubles cérébraux disparaissaient : la céphalée était beaucoup moindre, le délire n'existait plus.

Suppuration abondante par le drain pendant quinze jours. Réunion de la plaie par première intention.

Au bout de quatre semaines, je croyais l'enfant guérie, le trajet du drain était refermé, quand un orifice fistuleux apparut sur la cicatrice. En quelques jours, celle-ci se désunit complètement, les bords offraient des fongosités, un stylet décelait la présence de séquestres.

A la fin de février, je réopérai la fillette. Même tracé opératoire. Ablation de deux séquestres. Curettage de la dure-mère recouverte de fongosités. Avivement des bords de la plaie. Réunion. Deux gros drains, que je retirai au bout de quarante-huit heures. Huit jours après, l'enfant était, cette fois, définitivement guérie et la réunion était parfaite.

\* \* \*

Actuellement, la vaste perte de substance osseuse tend à se combler, et vous pourrez constater par une pression douce la dépression et la mollesse de cette paroi en un point seulement.

\* \* \*

Un mot pour finir. J'ai, le lendemain de cet acte opératoire, reconstitué, à l'aide des renseignements fournis par la petite et ses parents, la filiation des accidents.

Dix jours avant l'entrée de la malade, au cours d'un coryza aigu, elle avait fait une chute sur le front, qui ne l'empêcha pas de travailler le soir et le lendemain. Mais au bout de vingt-quatre heures, elle éprouva du malaise, se plaignit de la tête, le troisième jour elle s'alitait définitivement. Puis, pendant huit jours, elle eut une fièvre oscillant entre 38°5 et 39°5, une céphalalgie constante, quelques frissons, des épistaxis, deux crises de convulsions généralisées et c'est dans l'état alarmant décrit au début qu'elle fut transportée à l'hôpital.

MOURE. — Le fait relaté est très intéressant étant donné l'âge de la malade (10 ans). On a dit, en effet, que le sinus frontal n'existait pas avant l'âge de la puberté.

— GEORGES LAURENS. — Sinusite frontale avec vaste diverticule sus-orbitaire : trépanation, récurrence. Cure radicale par résection de toute la paroi antérieure du sinus et de la majeure partie du plafond orbitaire. — Présentation du malade. — Voici un malade auquel, pour assurer une cure radicale de son empyème frontal, j'ai dû réséquer toute la paroi antérieure du sinus, et la majeure partie du plafond orbitaire.

En deux mots, voici son histoire.

En mars 1898, je l'opère d'une sinusite maxillaire gauche datant de cinq ans, d'origine dentaire. Je draine le sinus par un petit hiatus créé sous le cornet inférieur.

Récurrence rapide, et en plus apparition d'une sinusite frontale gauche.

Deuxième opération, en mai, deux mois après. Réouverture du maxillaire. Trépanation simple du frontal. Drainage fronto-nasal. (Le canal était tellement large qu'il admettait le petit doigt) quinze jours après, récurrence de la sinusite frontale et fistule extérieure sur le frontal.

Troisième opération le 8 juillet, celle-ci radicale.

Je trouve un grand sinus s'étendant en dehors jusqu'à la fosse temporale et rempli de diverticules. Je fais sauter tous les ponts osseux, j'égale les bords de la brèche et je constate l'existence d'un immense diverticule sus-orbitaire. Ce prolongement, *véritable second sinus frontal*, par son importance, s'étend en largeur d'un angle de l'orbite à l'autre, en profondeur jusqu'à la partie la plus reculée de l'orbite, c'est-à-dire jusqu'au niveau de la fente sphénoïdale. Ce second sinus est bourré de fongosités.

Pour éviter que cette cavité osseuse ne s'infecte à nouveau et ne donne une récurrence, je prends le parti de la supprimer et je fais sauter tout le plafond de l'orbite. Je récline le globe oculaire avec un écarteur mousse, et avec ma pince j'enlève, par morcellement, la voûte orbitaire; je sacrifie la poulie du grand oblique et en dedans toute l'arcade saute jusqu'au niveau du sac lacrymal.

Après l'opération, l'œil s'accroche à la paroi osseuse sus-jacente. Je réunis par première intention et le malade guérit sans le moindre trouble oculaire consécutif.

GEORGES LAURENS. — Sinusite frontale chronique fongueuse fistulisée dans l'orbite avec exophtalmie considérable et abcès orbitaire. Cure radicale, par résection de toute la table externe du sinus et de la moitié interne du plafond de l'orbite. — Voici un malade dont le sinus frontal a été victime de plusieurs tribulations. Vous allez voir sa région fronto-orbitaire lardée de cicatrices dont je ne suis pas le coupable, je n'en revendique que deux.

Ce malade a eu, il y a huit ans, une sinusite frontale qui s'est fistulisée. On l'a opéré une première fois, quelques mois plus tard, en province.

Pendant six ans, il y a eu fistule au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite.

L'an dernier, il a été opéré à Lyon et est resté trois mois à l'hôpital.

..

Je le vois en février dernier et je constate :

1<sup>o</sup> Une exophtalmie latérale considérable.

2<sup>o</sup> Un ectropion énorme avec kératite ulcéreuse et opacités cornéennes. L'œil baigne et macère dans le pus depuis un an. Ce pus s'écoule par le point lacrymal supérieur. Il provient d'une poche volumineuse rouge, fluctuante, occupant la région du sac lacrymal ; en la comprimant, on fait refluer le pus.

Enfin, la table externe du frontal est empâtée, et fait une saillie notable.

Rien dans le méat moyen.

Éliminant la dacryocystite, je pense à une fistule du sinus frontal ouverte dans l'orbite et je propose une opération radicale au malade, qui du reste la réclame.

..

J'incise toute la région sourcilière, de l'extrémité interne de cette incision en part une autre curviligne qui rejoint le point lacrymal supérieur. Je dissèque et relève un large lambeau cutané et constate une large perforation intra-orbitaire sur le plancher du sinus.

*Dans ce sinus est logé un drain de 2 centimètres de long, du volume du petit doigt, formant corps étranger, et reliquat probable de la dernière opération.*

Je trouve deux lésions très nettes : 1<sup>o</sup> une sinusite frontale chronique fongueuse ; 2<sup>o</sup> un abcès de toute la loge orbitaire interne qui a déterminé l'exophtalmie. Ici encore, on constate un profond diverticule sus-orbitaire et je dois réséquer toute la moitié interne de l'arcade et de la voûte de l'orbite.

Je supprime toute la paroi antérieure du sinus et curette à fond tout le foyer orbitaire. Les fongosités tapissent toute la paroi interne de la cavité de l'orbite à 5 centimètres de profondeur. Cette paroi interne constituée par l'unguis, l'os planum et le sphénoïde est atteinte d'ostéite condensante, l'os est dur comme de l'ivoire. Il n'y a plus de vestige de poulie du grand oblique et de sac lacrymal.

J'ajoute, en terminant, un détail intéressant : l'orifice du canal naso-frontal était oblitéré et je ne pus le découvrir malgré des recherches patientes.

Je réunis la plaie en haut et au niveau du sourcil et comblai ma vaste brèche de l'orbite avec de la gaze.

Les suites opératoires furent normales et le malade a guéri sans une goutte de pus. Actuellement, en arrière des conduits lacrymaux existe un petit trajet de 1 centimètre de profondeur, à parois lisses, et dans lequel s'écoulent les larmes.



Au risque de passer pour un mutilateur, il faut quand on opère de pareils cas, victimes d'interventions antérieures ou du procédé opératoire employé, et qu'on désire faire une véritable cure radicale ; il faut, dis-je, ne pas hésiter à faire de vastes délabrements osseux, quelles qu'en soient les limites : c'est à cette seule condition qu'une guérison est possible. *La sinusite cesse, faute de sinus.*

J'insiste, en terminant, sur les trois points suivants :

1<sup>o</sup> Je fais toujours la réunion des téguments ;

2<sup>o</sup> Je draine les parties déclives de la brèche opératoire, avec de gros drains et non avec des mèches de gaze, car j'estime qu'un tube en caoutchouc peut seul réaliser un bon drainage.

3<sup>o</sup> J'attache une grande importance au pansement, que je fais :

a) *Compressif*, de manière à accoler la paroi cutanée contre le plan osseux sous-jacent, b) *methodique*, c'est-à-dire que je commence par tamponner la périphérie de manière à chasser vers les drains le sang et les caillots de la cavité opératoire.

24. HENRI MASSIER (de Nice) — **Œdème aigu primitif à frigore des ventricules latéraux et des aryténoïdes et diphtérie sous-glottique typique.** — La diphtérie laryngée nettement localisée à la région sous-glottique compliquant un œdème aigu primitif à frigore du larynx sous-glottique est un fait assez rare, dont l'auteur nous cite un cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

Il s'agit d'une petite malade, âgée de 11 ans, ayant eu trois jours auparavant une trachéite très légère, qui à la suite d'un froid aux pieds très vif, s'est alitée en proie à de la fièvre, avec des phénomènes laryngés simulant le croup : dyspnée très intense avec tirage, sifflement laryngo-trachéal à l'inspiration, aphonie presque complète, toux croupale. A l'examen rien dans le nez, le cavum, le pharynx, les piliers, les amygdales palatines et linguales, les vallécules; l'épiglotte est absolument saine.

Les ventricules latéraux et les aryténoïdes sont le siège d'un œdème inflammatoire très intense : les ventricules latéraux, par leur hypertrophie exagérée obstruent la lumière de la glotte, sont accolés l'un à l'autre, ne laissant de passage à l'air que dans leur partie postérieure, où l'on aperçoit sur chaque bord libre une petite érosion, due au contact par frottement dur de ces deux faces l'une contre l'autre. Les aryténoïdes sont comme les bandes ventriculaires d'un rouge vineux, tuméfiées par arthrite de l'articulation circo-aryténoïdienne. Il est impossible de voir les cordes vocales — on note une douleur très vive sur les faces postéro-latérales du larynx au niveau de l'articulation circo-aryténoïdienne.

Sous l'influence du traitement antiphlogistique, inhalations, compresses chaudes de Prieznitz, fumigations aromatiques d'eucalyptus, cet œdème disparaît dix heures après sans laisser beaucoup de traces et en modifiant heureusement les symptômes. Mais l'examen laryngoscopique nous décèle une diphtérie sous-glottique, localisée à la trachée; les cordes vocales à leur partie inférieure paraissent libres. Toute la trachée paraît tapissée de fausses membranes accolées à la paroi, ayant l'aspect d'un vernis lisse, gris jaunâtre. Le calibre du conduit est d'environ un centimètre de diamètre.

Le soir même aggravation des symptômes nécessitant la trachéotomie d'urgence.

Guérison complète quinze jours après; la voix encore un peu aphone reprend son timbre normal un mois après.

Ce qui est curieux dans cette observation c'est l'association de ces deux états morbides, leur évolution clinique et leur aspect anormaux. La non participation de l'épiglotte à l'inflammation

n'est pas la règle et ce fait s'explique par un processus de propagation ascendant, l'inflammation de la trachéite ayant atteint les ventricules et les aryténoïdes et n'étant pas encore arrivée à l'épiglottide.

L'œdème est nettement inflammatoire et non infectieux en raison même de la nature des lésions, de l'envahissement rapide et de la rétrogression instantanée sous l'influence du traitement antiphlogistique.

La diphthérie a bénéficié d'un état inflammatoire antérieur produit par la trachéite. Mais nous sommes étonné qu'elle ne se soit pas développée sur le terrain favorable créé par l'œdème, qui offrait par conséquent moins de résistance à l'invasion.

Comme thérapeutique il a fallu instituer deux traitements : un pour l'œdème, celui des laryngites aiguës; l'autre pour la diphthérie, les injections de sérum qui ont échoué, et la trachéotomie, ressource ultime qui a assuré la guérison.

**25. NOQUET (de Lille). — Quelques considérations sur les exostoses du conduit auditif externe.** — Après avoir dit que les exostoses du conduit auditif externe sont rares et avoir cité les causes diverses invoquées par les auteurs pour expliquer la production de ces tumeurs, M. Noquet décrit les trois cas qu'il a eu l'occasion de rencontrer depuis vingt-deux ans.

Dans deux de ces cas, les exostoses étaient bilatérales avec symétrie complète; elles avaient, de chaque côté, le même volume, le même aspect et le même point d'implantation. Cette symétrie complète, à en juger par les observations publiées antérieurement, est assez rare.

Les deux cas bilatéraux ont été observés, le premier, chez un malade âgé de 55 ans et syphilitique depuis plus de trente ans, le second, chez un goutteux, âgé de 58 ans et porteur de polypes muqueux des fosses nasales. L'exostose unilatérale s'était développée, chez un malade atteint, depuis plusieurs années, d'otite moyenne purulente chronique.

Atteint de syphilis à l'âge de 23 ans, le premier malade n'avait présenté que des accidents bénins; il s'était soigné régulièrement et n'avait plus constaté aucune lésion spécifique depuis les premières années qui avaient suivi l'infection. Il y avait chez lui, de chaque côté, dans le fond du conduit, des lésions identiques. On voyait, à environ 20 millimètres du méat, deux saillies à surface un peu irrégulière, s'implantant, l'une sur la paroi antérieure du conduit, l'autre sur la paroi postérieure par une base occupant, à

peu près, toute l'étendue de la paroi. Ces deux saillies, qui avaient un volume sensiblement égal, se touchaient par leur sommet, au niveau de l'axe du conduit et ne laissaient, au-dessus et au-dessous d'elles, qu'un très petit espace libre. Elles avaient la coloration normale du conduit et étaient d'une dureté osseuse. La surdité était assez légère.

Chez le second malade, la lumière de chacun des conduits était obstruée par une tumeur sphérique de coloration jaunâtre, présentant une grande dureté et s'implantant sur la paroi antérieure, à l'entrée de la portion osseuse, par une base qui correspondait à toute cette paroi. La tumeur étant sphérique, il existait, entre elle et les parois du conduit, en haut, en bas et en arrière, une dépression, dans laquelle, s'était accumulé un peu de cérumen desséché; mais partout le contact entre la tumeur et les parois du conduit semblait complet. La surdité était assez accentuée.

Le traitement ioduré ne donna, dans ces deux cas, aucun résultat.

Le premier malade présentait, en même temps, de la pharyngite chronique; le cathétérisme de la trompe amena, chez lui, un retour complet de l'audition. Les rechutes, qui ont été assez nombreuses, ont, chaque fois, disparu sous l'influence du cathétérisme. Quant aux exostoses elles sont restées stationnaires depuis l'époque où M. Noquet a pu les examiner pour la première fois, c'est-à-dire depuis dix ans.

Pour empêcher l'accumulation du cérumen autour des exostoses, il est pratiqué, quatre fois par mois, un nettoyage des conduits.

L'audition du second malade fut un peu améliorée par le nettoyage du conduit pratiqué avec du coton roulé à l'extrémité d'un stylet et imbibé d'huile de vaseline. Mais c'est surtout après l'ablation des polypes muqueux des fosses nasales et plusieurs séances de cathétérisme que l'acuité auditive redevint assez bonne pour permettre de ne pas songer à une intervention opératoire.

Depuis 1890, le malade a été revu à différentes reprises et encore dans le courant de l'année dernière. Les exostoses n'ont subi aucune modification. L'année dernière, les polypes muqueux des fosses nasales ayant récidivé, l'audition avait encore beaucoup baissé. De nouveau, l'ablation des polypes et quelques insufflations d'air dans les caisses ramenèrent une situation très supportable.

L'exostose unilatérale s'était développée, ainsi qu'il a été dit plus haut, chez un malade atteint, depuis plusieurs années, d'otite moyenne purulente chronique. Ce malade, âgé de 40 ans, n'était

ni syphilitique, ni gouteux. L'exostose, de forme conique, s'implantait, sur la paroi postérieure du conduit, près de la membrane du tympan largement perforée. L'exostose avait une base d'environ 0,003 millimètres de diamètre; sa hauteur était aussi d'environ 0,003 millimètres.

Peut-on admettre avec Cassels que cette exostose était due à l'ossification d'une granulation polypeuse? Cette transformation n'est peut-être pas absolument impossible, mais il faut reconnaître qu'elle est bien rare. Il est, du reste, tout à fait exceptionnel de voir se développer des exostoses du conduit, dans le cours de l'otite moyenne purulente chronique.

26. A. BONAIN, chirurgien adjoint de l'hôpital civil de Brest. — **De l'emploi du mentho-phénol cocaïné en oto-rhino-laryngologie.** — M. Bonain qui déjà l'an dernier, avait relaté ses premières expériences pour l'anesthésie du tympan à l'aide d'un nouvel anesthésique local, le *Mentho-phénol cocaïné*, a complété ces expériences et les a étendues aux interventions sur les fosses nasales, le pharynx et le larynx. Il s'est servi de deux formules contenant des proportions différentes d'acide phénique, l'une phénolée au tiers simplement anesthésique, l'autre phénolée aux deux tiers anesthésique et caustique tout à la fois.

La formule simplement anesthésique a été employée avec succès et sans le moindre inconvénient dans toutes les interventions habituelles portant sur le conduit auditif, la membrane et la caisse du tympan. Elle a également rendu service pour l'anesthésie d'espaces limités de la muqueuse nasale, pour l'anesthésie de l'amygdale linguale et des infiltrations tuberculeuses du larynx, avant l'application du galvano-cautère. Dans les ulcérations tuberculeuses du larynx et du pharynx elle s'est montrée très efficace pour combattre la dysphagie et très supérieure comme action à tous les topiques connus.

La formule anesthésique et caustique a été utilisée pour le traitement des perforations du tympan et pour la cautérisation des ulcérations tuberculeuses du larynx et du pharynx ainsi que des végétations tuberculeuses du larynx.

27. COLLINET (de Paris). — **Hypertrophie du tissu lymphoïde de la paroi latérale du pharynx donnant l'aspect de quatre amygdales palatines.** — L'auteur a observé cette anomalie chez une femme de 35 ans, ayant déjà subi à l'âge de 21 ans, l'ablation de l'amygdale droite et plusieurs séances de pointes de feu.



A la suite d'un refroidissement, cette femme a été prise de douleurs à la déglutition et de difficulté à respirer par le nez, difficulté qui existait déjà depuis longtemps et qui n'a fait que s'exagérer.

A l'examen de la gorge on voit nettement quatre amygdales palatines; deux antérieures, correspondant aux amygdales ordinaires, et deux postérieures plus volumineuses, s'insérant sur la paroi latérale du pharynx immédiatement en arrière du pilier postérieur. L'extrémité supérieure de ces dernières est renflée et arrive presque à la ligne médiane en arrière de la base de la luette, leur extrémité inférieure amincie vient au contact de la partie la plus déclive des amygdales antérieures.

La poussée inflammatoire étant calmée au bout de quatre jours, on peut se rendre compte de la persistance du volume des amygdales postérieures qui furent extirpées à la pince emporte-pièce de Ruault. La malade fut très améliorée par cette intervention.

A l'examen histologique les parties enlevées présentent une structure identique à celle des amygdales ordinaires.

Ce fait est intéressant à cause de sa rareté et à cause de cette hypertrophie survenant chez une adulte dont le pharynx avait déjà été débarrassé de ses productions lymphoïdes exubérantes vers l'âge de 21 ans.

Collinet a eu connaissance d'un autre fait de ce genre observé chez un enfant de 10 ans.

28. **TEXIER** (de Nantes). — **Deux cas d'hypertrophie polypoïde de l'amygdale.** — OBS. I. — Madame A. B., 38 ans, cuisinière, vient à notre clinique le 15 juin 1898, pour une petite tumeur siégeant sur l'amygdale droite. Le hasard de l'examen de sa gorge lui fait découvrir cette tumeur. Sauf une gêne très légère pendant la déglutition, les signes fonctionnels sont nuls. Aucun antécédent particulier à noter. Date d'apparition de la tumeur, inconnue.

*Examen local.* — Tumeur polypoïde de la grosseur et de la forme d'une amande et très pédiculée, couleur blanchâtre, aspect lisse. Pédicule de la grosseur d'une plume d'oie, s'implantant en s'étalant sur la partie moyenne de l'amygdale. Aucune lésion du voile du palais, des piliers, de la langue, du larynx, des oreilles. Le diagnostic porté est polype amygdalien. On le sectionne à l'aide du couteau galvanique le plus près possible de son point d'insertion sur l'amygdale, aucune goutte de sang.

OBS. II. — Madame L., 34 ans, vient consulter pour simple gêne à la gorge depuis grand nombre d'années; chantait beaucoup

sans fatigue; toutefois enrouements fréquents mais de courte durée. A plusieurs reprises angines, pas d'autres signes fonctionnels.

*Examen local.* — Tumeur pédiculée, un peu plus petite et de même forme que la précédente. Point d'implantation du pédicule dans la fossette sus-amygdalienne, au-dessus de l'amygdale droite. Autres organes sains.

L'ablation est pratiquée comme pour la précédente.

*L'examen histologique* est fait par le Dr A. Monnier, chef des travaux histologiques à l'Ecole de Médecine. Les coupes ont subi les colorations habituelles : picro-carmin, carmin aluné, éosine et hématoxyline. Leur étude histologique donne les résultats suivants : elles contiennent les divers éléments que l'on est habitué à rencontrer dans les amygdales palatines : cellules à type Malpighien de la muqueuse bucco-pharyngienne, follicules lymphatiques, réticulum, lacunes. Ces deux tumeurs se ressemblent presque en tous points : la seconde présente quelque chose de plus particulier : on y trouve des petits blocs cellulaires à éléments imbriqués les uns sur les autres, tout autour d'un point central, donnant assez bien l'aspect d'un bulbe d'oignon ou d'un corpuscule de Meissner : ce sont des formations que l'on rencontre surtout au niveau des lacunes ; elles représentent un épithélium en voie de transformation, elles sont destinées à être rejetées et à disparaître.

*Conclusions.* — Ces tumeurs sont bien amygdaliennes : ce sont des amygdales aberrantes. Elles sont toujours vasculaires et évolutives, en général, vers deux types, le type lymphoïde et le type fibreux, d'où le nom de lympho-angiome et de lympho-fibrome sous lesquels on les trouve décrites ; le second type serait plus fréquent que le premier. Nos deux tumeurs sont surtout lympho-angiomateuses ; nous y trouvons d'abondants vaisseaux et du tissu lymphoïde.

Au point de vue de l'origine des polypes amygdaliens, notre deuxième observation fait penser à l'hypertrophie du nodule amygdalien situé dans la fossette sus-amygdalienne au point de convergence des piliers.

Au point de vue clinique, absence presque complète de symptômes fonctionnels importants. Sauf une simple gêne, et en plus de légers enrouements chez la deuxième malade, rien ne faisait prévoir la présence de ces hypertrophies polypôides de l'amygdale.

29. A. RAOULT et G. THIRY (de Nancy). — **Des amygdalites ulcéro-membraneuses chancriformes** (faits nouveaux). — Les auteurs

rappellent que les premiers cas qu'ils examinèrent datent du mois d'avril 1897. D'après les faits étudiés, l'année dernière et d'après un certain nombre d'amygdalites et de stomatites ulcéro-membraneuses observées depuis leur premier mémoire, ils renouvellent les opinions qu'ils avaient émises dans celui-ci. Ces faits se trouvent corroborés par de nombreux travaux parus depuis l'année dernière. L'amygdalite ulcéro-membraneuse, de même que la stomatite de ce nom, est due, sans aucun doute, aux bacilles fusiformes décrits par Vincent, dans la pourriture d'hôpital et aux spirilles que l'on rencontre en grand nombre dans les fausses membranes et dans l'exsudat.

L'amygdalite, dans son évolution, passe par deux périodes :

1° Fausse membrane épaisse formée par nécrose des tissus superficiels de l'amygdale ;

2° Ulcération apparaissant après la chute de la fausse membrane. Ce processus et la pullulation microbienne si abondante dont elle est le siège, doivent la faire différencier de l'amygdalite lacunaire ulcéreuse de M. Moure, due à l'ouverture d'un kyste lacunaire (lésion amicrobienne).

Les auteurs croient devoir conserver l'épithète de chancriforme à l'amygdalite ulcéro-membraneuse, parce que c'est cet aspect de chancre qui frappe le plus les yeux du clinicien, l'observant à la seconde période. Le terme diphthéroïde qui rend compte seulement du premier stade doit être abandonné, car il crée une confusion. Et, de plus, la similitude semble être complète entre l'amygdalite et la stomatite ulcéro-membraneuse, comme évolution, comme flore ; la constatation de simultanéité des deux affections faite par Lacoarret, par Thiry et par Renault, vient ajouter un appoint très sérieux à leur opinion.

Le bacille fusiforme est peut-être semblable au bacillus fusiformis de Veillon et Zuber. Thiry a obtenu quelques cultures du bacille fusiforme au milieu de cultures d'autres micro-organismes vivant en anaérobies.

#### *Discussion.*

MOURE, fait remarquer que l'amygdalite de Vincent est une amygdalite de surface diphthéroïde, s'accompagnant simplement d'une excoriation de la muqueuse sans que jamais il y ait d'entaille du tissu amygdalien. Il ne croit pas qu'avec un examen bactériologique on puisse, à l'heure actuelle, différencier les formes les unes des autres : la bouche contient trop de microbes. La

présence du bacille de Koch sur une ulcération ne permet pas d'affirmer la nature tuberculeuse de l'ulcération.

JACQUES (de Nancy). — J'ai observé deux cas de cette affection chez deux enfants âgés l'un de deux ans, l'autre de un an et demi. L'aspect était celui de la diphthérie. Mais sur les bords existaient des débris sales qui éveillèrent quelques doutes dans mon esprit. L'examen bactériologique décèle la présence de bacilles de Vincent et de spirilles. Dans les deux cas, les deux amygdales furent prises l'une après l'autre.

ESCAT. — Comme M. Moure, je ne crois pas à la spécificité du bacille de Vincent. J'ai observé un cas où le diagnostic était en suspens entre un chancre et une amygdalite. On trouva à l'examen bactériologique du bacille de Vincent. Mais plus tard apparut une superbe roséole.

RAOULT. — Je réponds à M. Moure : les auteurs ont observé l'affection tantôt à la période d'érosion (1<sup>re</sup> période) et l'ont appelée « diphthéroïde », tantôt à la période d'ulcération, et ils l'ont alors appelée « chancriforme ». Mais ces deux états ne sont pas, à mon avis, deux affections différentes. On doit faire, pour l'amygdalite en question, la même distinction que pour la stomatite ulcéro-membraneuse simple, qui tantôt s'accompagne d'érosion, tantôt d'ulcération.

J'ajoute que pour conclure à la spécificité de l'affection, il faut trouver beaucoup de bacilles de Vincent. Dans les cas de syphilis, d'herpès, etc., j'en ai constaté la présence, mais toujours en minime quantité.

ESCAT. — Il y avait dans mon cas beaucoup de bacilles.

RAOULT. — A la vérité, le fait de M. Escat me surprend beaucoup ; peut-être, l'ulcération primitive appartenait-elle réellement à une amygdalite ulcéro-membraneuse, et secondairement un chancre s'est-il développé sur la première ulcération.

30. D<sup>r</sup> L. BAR (de Nice). — **Emploi du carton d'amiante dans le traitement post-opératoire des synéchies nasales.** — Voir page 744.

31. JACQUES (de Nancy). — **Ozène et sinusite.** — L'auteur rapporte plusieurs observations d'après lesquelles il croit pouvoir établir une relation de cause à effet entre les sinusites et l'ozène.

*Discussion.*

RAOULT. — Il y a de vieilles lésions du nez qui, sans sinusite, entretiennent un catarrhe qui peut aboutir à l'atrophie de la muqueuse. De vieilles lésions, sans sinusite, peuvent donc donner de l'ozène.

Comment M. Jacques explique-t-il la différence d'odeur du pus de sinusite et de l'ozène ?

JACQUES. — L'odeur spéciale apparaît seulement quand le pus est desséché. Il n'est pas, d'ailleurs, dans mon idée que, seules les sinusites puissent provoquer l'ozène ; des suppurations autres que celles du sinus peuvent lui donner naissance.

---

*Séance du jeudi 4 mai.*

32. JOAL (du Mont-Dore). — **Urticaire et odeurs.** — L'auteur rapporte trois cas d'urticaire s'étant développés sous l'influence d'émanations odorantes chez des arthritiques.

Dans le premier cas, l'urticaire a été précédée d'éternuements spasmodiques, de rhinorrhée, de céphalalgie, de vertige. Il a été provoqué par la préparation d'essences aromatiques destinées à la fabrication de liqueur. L'urticaire a pu se reproduire expérimentalement.

Dans les deux autres cas il y a eu en même temps que de l'urticaire, de l'asthme et de l'hay-fever. La cause déterminante a été, soit la poudre d'iodoforme, soit le sulfure de carbone, le lilas, la jacinthe.

L'auteur appelle l'attention sur la doctrine soutenue par G. de Mussy, pour qui le rhume des foins et l'asthme ordinaire sont dus à de l'urticaire interne. L'auteur est plutôt porté à voir dans les deux cas des phénomènes de même nature vaso-motrice. Dans les deux cas on doit chercher l'explication dans un phénomène réflexe dont le point de départ est parfois une irritation nasale ou une impression olfactive.

33. GEORGES GELLÉ (de Paris). — **Laryngites hémorrhagiques.** — Rapporte deux observations d'hémorrhagie sous-muqueuse des cordes vocales survenue chez des individus ne se livrant pas à des efforts de voix ou de chant, ce qui est l'étiologie classique de ces sortes d'accidents.

L'auteur attribue la production de l'hémorrhagie laryngée dans ces deux cas à la congestion du larynx due à la nécessité de l'occlusion stricte de la glotte, indispensable à la production de l'effort violent auquel la profession de ces deux malades les astreignait. Tous deux, en effet, devaient porter sur la tête des fardeaux d'un poids relativement excessif.

Il explique la rareté des observations de ce genre par ce fait qu'il est assez rare que les malades, exerçant des professions de cette nature, viennent consulter un laryngologiste pour des symptômes aussi peu accusés et consistant en un enrouement léger ou un peu de raucité de la voix, accompagnés ou non de striations sanglantes des crachats. Les chanteurs et les orateurs souffrent, au contraire, du moindre trouble apporté à l'émission du son et viennent se soumettre à l'examen à la plus petite alerte.

**34. CASTEX (de Paris). — Méthode sclérogène dans la tuberculose laryngée.** — Castex applique la méthode de Lannelongue, quand l'état pulmonaire ou laryngien n'est pas trop avancé, et quand il n'y a pas d'ulcérations étendues dans le larynx.

Il emploie la solution de chlorure de zinc au 1/25 et injecte chaque fois, la moitié d'une seringue de Pravaz environ, tantôt dans la région des aryténoïdes, tantôt dans les bandes ventriculaires, là où les lésions dominent.

Trois ou quatre piqûres à 15 jours d'intervalle suffisent, en général. La douleur du point piqué est assez forte, mais cesse au bout de quelques jours.

Castex présente deux malades qui peuvent être considérés comme guéris.

Cette méthode paraît particulièrement indiquée dans le cas d'infiltration non diffuse.

**35. GAUDIER (de Lille). — Tuberculose de l'oreille moyenne.** — L'auteur rapporte une observation d'otite moyenne aiguë s'étant accompagnée de mastoïdite pour laquelle on fit la trépanation. A la suite de l'intervention, survinrent d'abondantes fongosités soulevant la plaie rétro-auriculaire, et dans lesquelles on trouva du bacille de Koch à l'état de pureté. Tous les huit jours, malgré leur curettage, les fongosités se reproduisaient, atteignant le volume d'un œuf de poule. Il y eut du lupus de la peau rétro-auriculaire. La mort survint par granulie. L'inoculation au cobaye démontre

la nature tuberculeuse de l'affection. L'auteur dit n'avoir rencontré que deux cas d'otite moyenne à bacille de Koch. Surtout, jamais il n'avait vu se produire des fongosités avec une pareille exubérance.

L'auteur termine en disant que l'apparition de fongosités en quantité anormale devrait peut-être faire incliner le clinicien à penser à la nature tuberculeuse possible de l'affection.

36. MOURE. — **A propos de trois cas de polypes fibreux naso-pharyngiens enlevés par la voie palatine.** — M. Moure fait observer que ces sortes de néoplasmes sont loin d'avoir une insertion unique et bien limitée à la paroi basilaire, ainsi qu'on l'a écrit dans beaucoup de traités de chirurgie ; la plupart du temps, au contraire, le néoplasme prend son point d'implantation sur la partie latérale de cette région, de telle sorte que son pédicule très diffus se trouve un peu en arrière du sphénoïde, autour de l'orifice choanal, quelquefois même sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde. Il résulte de cette disposition que le vomer est fortement roulé en avant, souvent même en partie détruit et la fente ptérygo-maxillaire est largement ouverte, la tumeur prenant même parfois son insertion à ce niveau. Par suite de cette disposition, la rugination n'est pas aussi simple ni aussi facile qu'on pourrait le croire tout d'abord, et pour faire l'éradication de ces néoplasmes il faut, non seulement ruginer le point d'implantation, mais surtout les saisir vigoureusement pour les attirer au dehors avec leurs prolongements. M. Moure présente, pour faire cette prise, une sorte de pince-forceps s'introduisant comme cet instrument, une branche après l'autre, s'articulant ensuite et permettant de bien prendre toute la tumeur naso-pharyngienne, par conséquent de pouvoir l'enlever rapidement, ce qui est, on le sait, le point important pour éviter la perte de sang trop considérable et surtout les dangers immédiats de cette hémorrhagie.

#### *Discussion.*

G. LAURENS (de Paris). — Le procédé indiqué par notre collègue ne peut s'appliquer à tous les cas. Existait-il des prolongements dans les cavités de la face ? dans les fosses nasales ou les sinus maxillaires ? Dans ces conditions, je préfère l'opération de Doyen.

MOURE. — Les deux fosses nasales étaient envahies dans un cas. Dans un autre cas, il y avait un prolongement dans la fosse

ptérygo-maxillaire. L'opération est, néanmoins, de mise : quand on a sectionné le pédicule, le prolongement se flétrit. S'il y a un prolongement jugal externe, je crois que l'électrolyse est un bon mode de traitement ; elle conduit, en général, le malade à l'âge adulte, et l'affection régresse. Les prolongements intra-buccaux ne donnent jamais d'hémorragie.

EGGER. — L'auteur introduit-il l'instrument (qu'il vient de nous présenter) tout articulé, ou bien à la façon d'un forceps, les branches l'une après l'autre, et articulation ensuite ?

MOURE. — Je commence par fendre le voile du palais, puis, le malade étant anesthésié au chloroforme dans la position de Rosen, j'introduis les branches l'une après l'autre, la convexité des cuillers regardant en haut.

#### *Présentation d'instruments*

MOURE présente sa pince forceps pour polypes naso-pharyngiens. Il présente, en outre, un adénotome pour nourrissons.

37. WEISMANN (de Paris). — **Des mastoïdites aiguës s'ouvrant dans le conduit.** — Certains abcès mastoïdiens s'ouvrent à travers la paroi postérieure du conduit. C'est parce que, dans ce cas, le groupe des cellules limitrophes du conduit a pris un développement prépondérant. Le pus s'y amasse et donne une fistule siégeant le plus souvent à la partie inférieure et externe de la paroi postérieure du conduit osseux. Les symptômes subjectifs sont ceux de toute mastoïdite. A l'examen, on trouve en bas et en dehors de la paroi postérieure du conduit, une petite élevation rouge ressemblant à un furoncle, mais, en différant par l'indolence au toucher la consistance plus molle, l'aspect plus humide et plus brillant. La fistule ouverte, on pourra avoir le même aspect, ou bien, en même place, quelques granulations. Le stylet, après avoir traversé ces granulations, pénétrera dans une vaste cavité. C'est là le vrai signe qui, seul, peut faire éviter la confusion avec la furonculose. L'affection a peu de tendance à la guérison spontanée. La mastoïdite tourne à l'état chronique, et même, le plus souvent, se complique de cholestéatome.

Le traitement doit consister d'abord à bien abraser les granulations, élargir la fistule à la curette, et introduire par l'orifice dans la mastoïde une mèche de gaze iodoformée faisant office de drain. Si au bout d'une dizaine de jours la guérison n'est pas



obtenue, il faut trépaner la mastoïde. La guérison est obtenue en trois semaines.

L'auteur donne cinq observations.

38. RAOULT et HOCHÉ (de Nancy). — **Un cas de production cornée de l'amygdale.** — Les auteurs rapportent une observation de cette affection avec examen microscopique. Ils pensent que les cas analogues sont assez fréquents.

LUBET-BARBOIS approuve les idées de MM. Raoult et Hoche : la kératose de l'amygdale est en somme assez fréquente.

39. BERBINEAU (de Bordeaux). — **Sur un cas de tumeur maligne du voile du palais.** — Il s'agit d'un cas d'épithélioma pavimenteux lobulé primitif de la luette, ayant envahi le voile du palais chez un vieillard de 73 ans, sans retentissement ganglionnaire. Le malade, grand fumeur, n'a présenté comme symptôme que quelques maux de gorges et un peu de gêne de la déglutition.

L'ablation de la tumeur, qui avait le volume d'une petite noix, fut faite au galvano-cautère aussi complètement que possible. La guérison se maintient depuis deux ans et demi.

On doit insister sur la rareté de ces tumeurs malignes primitives, et surtout sur la fréquence de leurs récidives. Ici la guérison se maintient parce qu'on est intervenu à un moment où il n'y avait pas encore d'infection ganglionnaire.

40. CLAOUÉ (de Beauvais). — **Phlegmon laryngien.** — L'auteur rapporte l'observation d'un cas de phlegmon laryngien primitif qui fut suivi de mort subite. Le pus était à streptocoque. Le mode d'invasion, la marche rapide, la terminaison de la maladie font l'intérêt de cette observation.

41. JONCHERAY (d'Angers). — **Emphysème unilatéral de la région fronto-orbitaire dû à l'action de se moucher.** — Un jeune acrobate italien, de 15 ans, avait l'habitude, avant d'entrer en scène, de se moucher fortement à plusieurs reprises. Un jour, en se mouchant ainsi, il sent dans l'œil droit un léger craquement et un peu de douleur, puis l'œil monter et descendre, et, aussitôt, perdit la vue de ce côté. Examiné quelques instants après l'accident, il présente un gonflement très accentué, presque incolore des deux paupières droites; et au devant du sinus frontal droit une tumeur incolore rénitante, grosse comme une noisette. Crépitation, sonorité, exor-

bitisme, tous les signes d'un empyème orbitaire. La rhinoscopie dénote un peu de catarrhe nasal avec une légère hypertrophie du cornet moyen et un polype fibro-muqueux pédiculé, dans le méat moyen droit. Rien, à l'examen le plus minutieux, ne permet d'affirmer une rupture osseuse. Le sac et les conduits lacrymaux ne sont pas perforés. Mais une gouttelette de sang suinte en arrière du bec du cornet moyen droit. Les symptômes s'accusent si on fait moucher le malade. Le cathétérisme du sinus frontal est fait facilement et ramène un peu de sang. Ablation du polype, antiseptic simple et expectation les jours suivants. Les symptômes s'amendent vite, et le dixième jour, il ne reste plus rien. En ce qui concerne la pathogénie, dans ce cas, l'auteur, après avoir éliminé l'hypothèse de fracture de l'os unguis, est tenté de croire à l'existence de lacunes dans le toit orbitaire, comme en a signalé Zuckerkandl.

**42. MEILLON (de Cauterets. — Quelques points particuliers des paralysies laryngées.** — Les paralysies d'origine centrale sont, cliniquement, extrêmement rares, c'est ce qui ressort de l'examen d'un grand nombre d'hémiplégiques.

Il n'en est pas de même des paralysies alternes. Dans un cas observé avec Dide et Weill, nous avons pu constater l'existence de parésie de la corde vocale du côté opposé à la lésion, fait intéressant à rapprocher des paralysies protubérantielles de notre thèse où la paralysie est totale et du côté de la lésion. Ce fait capital permet d'affirmer l'existence, chez l'homme, d'un centre laryngé protubérantiel déjà connu chez l'animal (Onodi-Semon et Horsley). Au contraire, la paralysie relevant de lésions situées entre la corticalité et la protubérance, doivent être rapportées à la destruction des fibres d'association.

**43. EGGER (de Paris). — Du réflexe binauriculaire.** — Voir page 729.

#### *Discussion.*

**M. GELLÉ.** — La communication de M. Egger est très intéressante. Son observation montre, au moyen de la recherche du réflexe binauriculaire, (d'accommodation et de défense), que l'oreille malade n'obéit pas à l'excitation et il est probable que c'est par suite de l'incapacité du muscle interne du marteau, altéré sans doute, dans sa situation ou dans ses insertions.

44. MAHU (de Paris). — **De l'ablation endo laryngienne des tumeurs et végétations du larynx.** — L'auteur passe en revue l'arsenal si compliqué des instruments employés dans la pratique courante pour l'ablation des tumeurs et végétations du larynx. — Il croit devoir donner la préférence aux séries de Krause et de Schrötter dont il fait cependant la critique, et présente un couple de pinces réunies dans une même boîte avec les armatures nécessaires. — Sur la première de ces pinces se montent les curettes type Landgraf pouvant trancher dans tous les plans horizontaux, et, grâce à une disposition spéciale, dans toutes les directions. Sur la deuxième s'adaptent les emporte-pièce susceptibles de trancher dans tous les plans méridiens.

Ces instruments suffisant à eux seuls pour effectuer les différents curettages du larynx, présentent plusieurs avantages et notamment les suivants :

1<sup>er</sup> type : égalité de puissance au serrage et au desserrage des mors.

2<sup>me</sup> type : suppression du mouvement d'ascension de l'emporte-pièce au moment où ses deux branches se serrent l'une contre l'autre pour saisir la tumeur.

45. ARISTIDE MALHERBE (de Paris). — **Nouveau procédé de traitement des déviations de la cloison nasale par le morcellement.** — Le nouveau procédé de traitement des déviations de la cloison nasale que nous proposons d'appeler *procédé du morcellement* est réservé aux malformations de nature cartilagineuse avec ou sans épaississement.

Nous pratiquons l'anesthésie générale au bromure d'éthyle, la tête basse. Les divers temps de l'opération sont : la section au bistouri de la muqueuse recouvrant la déviation, son refoulement en haut avec une fine mèche de gaze, puis le morcellement proprement dit, pratiqué à l'aide d'une petite rugine tranchante et trouée, de bas en haut, sous le contrôle du doigt introduit dans l'autre narine.

Le cartilage est ainsi détaché par morceaux de la muqueuse à laquelle il adhère faiblement. Quand il existe des crêtes ou éperons, il faut commencer par les sectionner au bistouri, puis les détacher à la rugine tranchante. La compresse de bromure est réappliquée plusieurs fois, si nécessaire. Il ne reste plus pour terminer qu'à rabattre le lambeau muqueux et à tamponner avec une fine mèche de gaze stérilisée.

Toute l'opération dure de 5 à 10 minutes au plus.

Ce procédé présente les avantages suivants :

1<sup>o</sup> *Il supprime la douleur*, grâce au bromure d'éthyle, ce que ne peut faire que très incomplètement la cocaïne, et facilite l'intervention surtout chez les jeunes sujets.

2<sup>o</sup> *Il occasionne peu d'hémorrhagie*, grâce à la compression du lambeau muqueux ; d'ailleurs, la position la tête basse rend absolument impossible la pénétration du sang dans les voies respiratoires.

3<sup>o</sup> *Il est d'une très grande rapidité*, car on peut redresser une cloison en cinq ou dix minutes sans être arrêté ni par la douleur, ni par le sang.

4<sup>o</sup> *Il est d'une grande simplicité, d'une parfaite facilité d'exécution et donne des résultats excellents*. Un bistouri et une simple rugine tranchante suffisent à pratiquer le morcellement que guide, mieux que ne le ferait la vue, un doigt introduit dans la narine opposée.

Nous n'avons qu'à nous louer de ce procédé que nous avons appliqué avec succès chez cinq malades présentant des déviations cartilagineuses, soit simples, soit avec épaississement.

46. JANKLEWITCH, de Bourges. — **Des végétations adénoïdes chez les adultes. Un cas d'adénoïdite avec poussées aiguës et laryngite sèche consécutive.**

Il est établi maintenant que les végétations adénoïdes qu'on avait pendant longtemps considérées comme une affection propre à l'enfance, existent également, quoique dans une proportion moindre, chez les adultes. Les statistiques publiées ces dernières années sont très affirmatives à ce sujet. Les symptômes que les adénoïdes provoquent chez l'adulte ne diffèrent pas beaucoup de ceux qu'on observe chez les enfants : obstruction nasale plus ou moins prononcée, catarrhe de l'oreille moyenne. Il semblerait cependant, d'après les observations de l'auteur, que les troubles nerveux, d'ordre neurasthénique, dominent le plus souvent la scène chez l'adulte, et ce n'est que par un examen minutieux qu'on arrive à découvrir la cause de ces troubles.

Les végétations adénoïdes subissent, de temps en temps, et chez des individus prédisposés (syphilitiques, alcooliques, rhumatisants, etc.) des poussées aiguës, plus ou moins graves. L'auteur cite l'observation d'un adulte, quelque peu alcoolique, qui était depuis quelque temps atteint d'aphonie et de toux, et présentait, de temps en temps, des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Son médecin le considérait comme tuberculeux. Il s'agissait en

réalité de végétations adénoïdes, molles, très friables, saignant abondamment au moindre contact et qui subissaient de temps en temps des poussées congestives aiguës pendant lesquelles se produisaient les hémorrhagies. L'aphonie était due à la présence de croûtes dans le larynx, affection connue sous le nom de laryngite sèche et que l'auteur considère ici comme consécutive à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, les sécrétions fournies par celle-ci descendant le long de la paroi du pharynx et arrivant dans le larynx où elles se desséchaient.

L'ablation des végétations adénoïdes par le procédé habituel amène la disparition de la plupart des symptômes énumérés.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

### FRANCE

#### Pharynx et Varia

**P. Poirier.** Note sur les muscles élévateurs de la glande thyroïde (*Bull. de la soc. Anat. de Paris*, fasc. 16, juillet-octobre-novembre 1895).

**Levrey et Ghika.** Mort subite au moment de l'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 19 décembre 1895).

**Suss.** Adénopathie trachéo-bronchique suppurée chronique. Guérison (*France méd.*, 20 décembre 1895).

**G. H. Lemoine.** Etude bactériologique de 117 cas d'angines scarlatineuses (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 26 décembre 1895).

**Jaboulay.** Rétrécissement cicatriciel infranchissable de l'œsophage ; gastrostomie et dilatation progressive (*Lyon méd.*, 22 décembre 1895).

**J. Nicolas.** Pouvoir bactéricide du sérum antidiphthérique (*Thèse de Lyon*, novembre 1895).

**V. Rolland.** De la tuberculose intra-linguale (*Thèse de Lyon*, décembre 1895).

**Deglaire.** Contribution à l'étude des inflammations chroniques du naso pharynx. Pharyngothérapie (*Thèse de Paris*, janvier 1896).

**Sautieux.** Considérations sur le traitement des corps étrangers de l'œsophage (*Thèse de Paris*, janvier 1896).

**Spire.** Du lupus lingual (*Thèse de Bordeaux*, 1895).

**G. Ballet et E. Enriquez.** Des effets de l'hyperthyroïdisation expérimentale (*Méd. moderne*, 28 décembre 1895).

**J. Mollard. et C. Regaud.** Lésions expérimentales du cœur provoquées par la toxine diphthérique (Comptes rendus heb. des séances de la Soc. de biol., 27 décembre 1895).

**Legueu et Marien.** Tuberculose des glandes salivaires (Comptes rendus heb. des séances de la Soc. de biol., 27 décembre 1895).

- J. Idrac.** Contribution à l'étude de la préparation du sérum anti-diphthérique (*Thèse de Lyon*, décembre 1895).
- Tissot.** Déchirure de la jugulaire interne, section des artères thyroïdienne, supérieure et linguale (*Dauphiné méd.*, n° 9, 1895).
- A. Broca.** Traitement des fissures congénitales de la lèvre supérieure et du palais (*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 12 janvier 1895).
- R. Millon et G. Leroux.** Streptococcie aiguë post diphthérique. Examen bactériologique du sang. Manifestations méningitiques. Guérison (*Rev. méd. des mal. de l'enf.*, janvier 1896).
- H. Ripault.** L'hérédosyphilis infantile. Manifestations pharyngonasaales et laryngées (*Thèse de Paris*, janvier 1896).
- Guiart.** Etude sur la glande thyroïde dans la série des vertèbres (*Thèse de Paris*, janvier 1896).
- Hedrich.** Corps étranger enclavé dans un rétrécissement de l'œsophage (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1<sup>er</sup> janvier 1896).
- Vallas.** De la pharyngotomie transthyroïdienne (*Gaz. des hôp.*, 16 janvier 1896).
- Lannelongue.** Anévrysme cirsoïde du cou, de la face, du plancher de la bouche et de la langue traité par la méthode sclérogène (*Acad. des sciences*, séance du 6 janvier 1896).
- G. Diagoussis.** Deux cas de diphthérie compliqués de néphrite avec albuminurie (*Indépendance méd.*, 22 janvier 1896).
- Bilhaut.** Cancer de l'œsophage. Gastrostomie (*Ann. d'orthopédie*, décembre 1896).
- Combe et Dubousquet-Laborderie.** Calcul des amygdales (*Tribune méd.*, 15 janvier 1896).
- Le Bec.** Goitre constricteur kystique (*France méd.*, 24 janvier 1896).
- G. Branthomme.** Sur deux cas de guérison du goitre par la médication thyroïdienne (*France méd.*, 24 janvier 1896).
- Bourneville.** Cinq cas d'idiotie myxoédémateuse, traitement par l'ingestion de glande thyroïde (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 23 janvier 1896).
- Berlioz.** Le sérum anti-diphthérique à Grenoble (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 23 janvier 1896).
- H. Claude.** Ulcérations de la langue chez les tuberculeux (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol.*, 24 janvier 1896).
- L. Martel.** Sur une variété rare de lipôme. Lipôme de la base de la langue (*Rev. de chir.*, 10 janvier 1896).
- G. H. Lemoine.** Contribution à l'étude bactériologique des angines non diphthériques (*Ann. de l'institut. pasteur*, n° 12, 1895).
- E. Escat.** Amygdalite linguale phlegmoneuse (Angine linguale de David Craigie, glossite basique de A. Broca) (*Rev. hebdomadaire de l'otol. et rhin.*, 1<sup>er</sup> février 1896).
- M. Bilhaut.** Bec de lièvre bilatéral. Fissure palatine complète, uranostaphylorrhaphie. Restauration de la lèvre supérieure, dans un deuxième temps opératoire (*Annales de chir. et orthop.*, janvier 1896).
- A. Sevestre et Méry.** Des accidents causés par le streptocoque à la suite des injections de sérum de Roux (*Bull. et mém. de la soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 février 1896).
- P. Le Gendre.** A propos du syndrome post-sérothérapique. — Rôle douteux du streptocoque dans sa pathogénie. — La diphthérie latente (bacilles de Löffler sans troubles locaux ni généraux) commande-t-elle l'emploi du sérum? (*Bull. et mém. de la soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 février 1896).

**Guément.** Un cas de paralysie post-grippale du voile du palais, du pharynx et du larynx (*Ann. de la polyclin. de Bordeaux*, janvier 1896).

**Buffet-Delmas.** A propos du diagnostic bactériologique de la diphtérie (*Bull. et mém. de la soc. méd. des Hôp. de Paris*, 13 février 1896).

**V. Hutinel.** Accidents de la sérothérapie antidiphthérique (*Bull. et mém. de la soc. méd. des Hôp. de Paris*, 13 février 1896).

**G. Variot.** Quelques réflexions sur les indications des injections de sérum antidiphthérique et sur les accidents qui suivent ces injections. Statistique de la diphtérie à l'hôpital Trousseau pour 1895 (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 13 février 1896).

**P. Berger.** Ostéome du maxillaire inférieur (Soc. de chir. de Paris, séance du 12 février 1896).

**R. Lépine.** De la médication thyroïdienne (*Semaine méd.*, 12 février 1896).

**Emery et Sabouraud.** Chancres simples de la verge et de la langue; double bubon (Soc. franç. de Derm. et Syphil., 13 février 1896).

**L. Jullien.** Un cas de leucoplasie linguale (Soc. franç. de Derm. et Syphil. séance du 13 février 1896).

**Faitout.** Macroglossie probablement syphilitique (Soc. franç. de Derm. et Syphil., séance du 13 février 1896).

**R. Lépine.** Sur le traitement du hoquet par la traction de la langue (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 14 février 1896).

**J. Fohanno.** Des ulcérations bucco-linguales dans la fièvre typhoïde; leur valeur pronostique (*Thèse de Lyon*, décembre 1895).

**P. Quénet.** De l'actinomycose du maxillaire supérieur (*Thèse de Lyon*, décembre 1895).

**Mlle Lape.** Traitement antiseptique de l'angine scarlatineuse par la glycérine résorcinée (*Thèse de Paris*, février 1896).

**Filliet et Témoin.** Tumeur du corps thyroïde (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 1, janvier 1896).

**Moreau.** Contribution à l'étude des abcès rétropharyngiens (*Thèse de Paris*, mars 1896).

**A. Sevestre.** Rapport sur un projet d'enquête pour l'étude des accidents dits post-sérothérapiques (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 27 février 1896).

**E. de Pradel.** A propos des discussions survenues dans les Sociétés Médicales sur les accidents observés à la suite des injections de sérum de Roux (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 27 février 1896).

**L. Bérard.** De l'actinomycose humaine. Sa fréquence en France: nécessité et moyens de la reconnaître; données cliniques; diagnostic et traitement (*Gaz. des hôp.*, 29 février 1896).

**H. Ripault.** Le traitement de l'angine phlegmoneuse (*Gaz. méd. de Paris*, 29 février 1896).

**Beilouet.** Pavillons de diphtériques à l'hôpital des enfants (Soc de méd. publique et d'hygiène Profes. Paris, 26 février 1896).

**Minelle.** Contribution à l'étude des myxômes de la parotide (*Thèse de Paris*, mars 1896).

**P. Berger.** Tumeurs mixtes des glandes du voile du palais (*Bull. méd.*, 11 mars 1896).

**Dumontpallier.** Traitement de certaines tumeurs de la bouche au moyen du chlorate de potasse (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 10 mars 1896).

**L. Brocq.** Tuberculose du voile du palais (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 mars 1896).

**A. Dubois.** Les angines scarlatineuses et le sérum de Marmorek (*Thèse de Lille*, janvier 1896).

**G. Variot.** La diphthérie bactériologique et les injections de sérum (*Journ. de clin. et therap. infant.*, 12 mars 1896).

**Ghika.** Stomalite membraneuse à staphylocoques avec éruption vésiculeuse (*Journ. de clin. et therap. infant.*, 12 mars 1896).

**G. Roque.** Trois cas d'angine pseudo-diphthérique à staphylocoques, observés dans la même famille (*Soc. nat. de méd.*; in *Lyon méd.*, 15 mars 1896).

**L. Polo.** Volumineux polype du pharynx supérieur (*Soc. de méd.*, in *Gaz. méd. de Nantes*, 22 mars 1896).

**F. Widal et F. Bezançon.** Nécessité d'une révision des angines dites à streptocoques (*Bull. et mém. de la soc. des hôp. de Paris*, 19 mars 1896).

**P. Berger et Kirmisson.** Traitement du bec de lièvre (*Soc. de chir.*, séances des 11 et 18 mars, Paris, 1896).

**L. Lichtwitz.** Fréquente présence du bacille de Loeffler sur la plaie opératoire après l'ablation de l'amygdale avec l'anse électrothermique. Innocuité du bacille dans ce cas (*Comptes rendus hebdl. des séances de la soc. de biol.*, 20 mars 1896).

**Jaboulay.** La régénération du goitre extirpé dans la maladie de Basedow et la section du sympathique cervical dans cette maladie (*Lyon méd.*, 22 mars 1896).

**Témoin et A. Pilliet.** Goitre kystique ossifiant (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 4, janvier-février 1896).

**Catrin.** Observation de mutisme ayant duré 18 mois (*Gaz. des hôp.*, 26 mars 1896).

**Singer.** Contribution à l'étude de l'urano-staphylorrhaphie (*Thèse de Lille*, 1896).

**C. Leroux.** Hémiplegie par embolie d'origine cardiaque dans le cours d'une angine diphthérique traitée par le sérum (*Journ. de clin. et therap. infant.*, 26 mars 1896).

**R. Bayeux.** Angine diphthérique à streptocoques. Eruption tardive post-sérique (*Journ. de clin. et therap. infant.*, 26 mars 1896).

**F. Raymond.** Un cas de paralysie diphthéritique (*Gaz. hebdl. de méd. et chir.*, 28 mars 1896).

**Marfan.** Note sur le traitement de la coqueluche et en particulier sur l'emploi du bromoforme (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, avril 1896).

**J. Grancher.** Les angines de la scarlatine (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 avril 1896).

**Dupont.** Le salol dans les angines sauf l'angine diphthérique (*Thèse de Bordeaux*, 1896).

**R. Froelich.** Des effets de la gastropexie sur les rétrécissements cancéreux de l'œsophage (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars 1896).

**A. Poncet.** Un cas d'actinomyose trachéo bronchique (*Acad. de méd.*, séance du 7 avril, Paris, 1896).



**Ducor.** Un cas d'actinomyose circonscrite datant de 9 ans (*Acad. de méd.*, séance du 7 avril, Paris, 1896).

**Bert.** Rétrécissement néoplasique de l'œsophage (Soc. nat. de méd.; in *Lyon méd.*, 5 avril 1896).

**Faidherbe.** Une série de cas d'amygdalite aiguë (Soc. des sc. méd.; in *Journ. des Sc. méd. de Lille*, n° 11, 1896).

**Renou.** L'amygdalite fistuleuse (*Journ. des praticiens*, 4 avril 1896).

**L. Galliard.** Les œsophagites (*Médecine moderne*, 4 avril 1896).

**Sabrazès et Cabannes.** Guérison rapide d'un goître simple par l'extrait glycérique de corps thyroïde après l'échec de la médication iodurée (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 5 avril 1896).

**Augagneur.** Dysphagie de la période secondaire de la syphilis (Soc. franç. de Derm. et Syphil. Paris, 10 avril 1896).

**F. Balzer.** Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire (Soc. franç. de Derm. et Syphil. Paris, 10 avril 1896).

**Morel-Lavallée.** Desquamations linguales tardives au cours de la syphilis traitée par le mercure (Soc. franç. de Derm. et Syphil. Paris, 10 avril 1896).

**Coyne.** Sur quelques faits de diphthérie aux sourdes-muettes de Bordeaux (*Ass. franç. pour l'avanc. des sciences*, Congrès de Tunis, avril 1896).

**Mage.** Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage (*Thèse de Paris*, avril 1896).

**Ghazarossian.** Etude clinique sur la perforation syphilitique de la voûte palatine et son traitement (*Thèse de Paris*, avril 1896).

**Félix.** Le myxoedème associé à la maladie de Basedow (*Thèse de Paris*, avril 1896).

**Costet.** Etude sur les calculs de l'amygdate (*Thèse de Paris*, avril 1896).

**Farret.** Contribution à l'étude du thymus chez l'enfant (*Thèse de Paris*, avril 1896).

**Castagnol.** Etude historique et bibliographique de la médication thyroïdienne (*Thèse de Paris*, avril 1896).

**G. Variot.** Le diagnostic de l'angine diphthérique (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 16 et 30 avril et 14 mai 1896).

**Breton.** Angine d'aspect diphthérique due aux staphylocoques. Injection de sérum. Guérison sans accident (*Journ. des Prat.*, 17 avril 1896).

**A. Aubeau.** Sarcômes myéloïdes du maxillaire supérieur. De la méthode de morcellement appliquée au traitement de ces tumeurs, (*Bull. de la polyclin. de l'hôp. intern.*, mars 1896).

**Le Filliatre.** Observation d'un cas de paralysie diphthérique survenue un mois après la sérumthérapie (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 23 avril 1896).

**V. Hacker.** De la technique de l'œsophagoscopie (*Rev. int. derhin. otol. et lar.*, avril 1896).

**Hugounenq et Doyon.** A propos de la culture du bacille de Loeffler en milieu chimique défini (Comptes rendus hebdom. des séances de la soc. de biol., 24 avril 1896).

---

## NOUVELLES

Par arrêté du directeur de l'Assistance publique en date du 26 mai 1899, le D<sup>r</sup> E. LONBARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé assistant du service spécial d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière pour une période de deux années, avec prolongation éventuelle d'une troisième année.

L'Association médicale britannique tiendra sa 67<sup>e</sup> réunion annuelle à Portsmouth, les 1, 2, 3 et 4 août.

Le bureau de la section K. *laryngologie et otologie* est ainsi constitué :

Président : E. CRESSWELL BAKER; vice-présidents : J. G. BLACKMAN et P. W. WILLIAMS; secrétaires : H. TILLEY, L. COLE-BAKER et M. FORDE.

Le sujet choisi pour la discussion est « le diagnostic et le traitement de l'empyème chronique du sinus frontal ».

Le D<sup>r</sup> F. KARIS, ancien assistant de la clinique laryngologique du Prof. SCHROETTER, a succombé, à Vienne, le 22 avril, à l'âge de 44 ans; il est mort des suites d'une diphthérie laryngée, contractée à l'hôpital plusieurs années auparavant.

Nous lisons dans le *Prager medicinische Wochenschrift* qu'il y a eu 25 ans le 1<sup>er</sup> mai dernier que le Prof. ZAUFAL dirige la clinique otologique de l'Université de Prague. Ce journal nous fournit les renseignements suivants à propos de l'enseignement otologique en Bohême.

Au cours des années 1844, 45, 46 et 47, l'ophthalmologiste F. ARLT fut chargé de faire des leçons d'otologie.

En 1864, le Prof. SEIDL fit, en quatre semaines, un cours théorico-pratique sur les maladies d'oreilles.

Ce fut seulement en septembre 1867, qu'arriva, à Prague, E. ZAUFAL qui, plus tard, devait organiser, comme professeur extraordinaire, la clinique otologique.

ZAUFAL naquit en Bohême, à Puschwitz, le 12 juillet 1837. Dès 1865, il publia, dans la *Wiener méd. Wochenschrift*, un article sur les *fissures du temporal* et en 1866 il énuméra, dans le même journal, un mémoire sur l'*examen anatomo-pathologique de l'organe de l'ouïe*.

En 1869, il fut nommé docent à l'Université de Prague. Sa dissertation était intitulée : *Sur la présence d'un liquide séreux dans la caisse (otite moyenne séreuse)*, in *Archiv. f. Ohrenheilk.* Bd 5, 1870.

ZAUFAL fut promu, en juillet 1873, professeur extraordinaire d'otologie; et en octobre 1896 il devint professeur extraordinaire.

En mai 1874, il ouvrit une clinique avec cinq lits de femmes, huit lits d'hommes, un assistant payé, 300 florins pour les instruments et une dotation annuelle de 150 florins. Le nombre des malades augmentant toujours et l'otologie devenant toujours plus chirurgicale, il fallut songer à installer la clinique dans des locaux plus vastes. En 1891, on l'agrandit et on put réunir vingt et un lits, une grande salle pour les leçons, la consultation externe et les grandes opérations; un cabinet de travail pour le professeur servant aussi de bibliothèque.

D'année en année, la clinique fut plus fréquentée. En 1884, 1253 malades furent soignés à la consultation et 155 couchés; en 1897, on compta 3531 malades externes et 390 hospitalisés. De 1874 à 1897, 50551 malades ont reçu des soins à la clinique.

Comme docteur, ZAUPEL fit des leçons à l'hôpital militaire cinq fois par semaine pendant six mois.

En 1869, 70, 71, ZAUPEL fit des cours d'otologie pratique pour de nombreux confrères étrangers; il y renonça plus tard, vu l'absence d'auditeurs, mais sa clinique continua à recevoir la visite de spécialistes oto-rhinologistes.

Pendant un semestre, on enseigne à la clinique cinq fois par semaine l'otologie, deux fois l'examen de l'oreille, du nez et du pharynx nasai et trois fois la clinique otologique; puis on pratique des opérations et on fait des démonstrations anatomo-pathologiques.

2161 étudiants ont été inscrits de 1870 à 1898.

---

Le Dr J. MUIR a été nommé laryngologiste à l'hôpital Saint-Marc, de New-York.

---

L'Association laryngologique américaine a tenu son 21<sup>e</sup> Congrès annuel à Chicago, les 22, 23 et 24 mai.

#### *Programme.*

Allocution du président, W. E. CASSELBERRY.

1. J. W. FARLOW. La voix dite américaine est-elle due au catarrhe ou à d'autres affections des voies aériennes supérieures? — 2. H. S. BIRKETT. Kyste dermoïde du nez. — 3. J. E. NEWCOMB. Observations d'adénocarcinome nasal. — 4. J. E. LOGAN. Observations de rhinite atrophique. — 5. A. COOLIDGE. Observation d'extraction d'un corps étranger des bronches à travers l'ouverture trachéale. — 6. G. H. MAKUEN. Méthodes employées pour traiter le bégaiement. — 7. J. L. GOODALE. Suppurations aiguës des amygdales. — 8. G. A. LELAND. Abscess péri-tonsillaires. — 9. M. R. WARD. Deux cas de phlébite septique avec thrombus comme complication des abscess péri-amygdaliens. — 10. TH. HUBBARD. Observations d'abscess péri-tonsillaires associés à la diphthérie. — 11. T. M. HARDIE. Observation de tuberculose pharyngée chez un enfant. — 12. H. L. WAGNER. Syphilis de l'antre d'Highmore. — 13. A. W. WASSON. Deux cas de glandes thyroïdes accessoires à la base de la langue. — 14. H. L. SWAIN. Discussion sur la relation des affections de la région ethmoïdale du nez et l'asthme : a) Pathologie — C. C. RICE. b) Phase clinique. — F. H. BOSWORTH. c) Traitement. — 15. W. F. CHAPPELL. Remarques sur les opérations intra-nasales. — 16. J. H. BRYAN. Pemphigus du larynx. — 17. F. E. HOPKINS a) Réapparition d'une amygdale excisée; b) Un cas d'hystérie laryngée. — 18. W. PORTER. Diagnostic précoce de l'anévrisme de l'aorte. — 19. E. F. INGALLS. Fibro lipôme de l'épiglotte et de la base de la langue. — 20. D. B. KYLE. Observation de suppuration limitée au sinus frontal avec rupture spontanée. — 21. J. O. ROE. La présence de diverticules comme cause du retard dans la guérison des sinusites maxillaires. — 22. F. W. HINKEL. Sur le traitement opératoire de plusieurs cas de sinusites maxillaires et frontales — 23. A. W. DE ROALDES. Quelques cas d'empyème chronique de l'antre d'Highmore opérés par la méthode Luc-Caldwell. — 24. G. V. WOOLEN. Le refroidissement.

Le bureau est ainsi composé : *président* : W. E. CASSELBERRY (Chicago); *vice-présidents* : J. W. FARLOW (Boston) et F. W. HINKEL (Buffalo); *secrétaire-trésorier* : H. L. SWAIN (232, York Street, New-Haven, Conn.);

*bibliothécaire* : J. H. BRYAN (Washington); *conseil* : J. O. ROE (Rochester), W. H. DALY (Pittsburgh), C. H. KNIGHT et T. R. FRENCH (New-York).

## SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

### *Programme de la réunion du 4 juin.*

#### RAPPORTS

DELSAUX et BUYS. Pathogénie et traitement de la furonculose de l'oreille.  
— ERN. DELSTASCH. Importance de l'examen ophtalmoscopique dans les affections suppuratives de l'oreille.

#### *Communications.*

1. DELSAUX. *a)* Tuberculose laryngée guérie; *b)* Essai de topométrie crânio-auditive. — 2. GORIS. Décortication de la face pour empyème ethmoïdo-maxillaire. — 3. BAYER. *a)* Deux pièces de deux centimes, avalées par des enfants de 2 an 1/2 et 3 ans, radiographie; *b)* Un dilateur des fosses nasales; *c)* Un cas d'occlusion trachéale presque complète par un néoplasme né d'une ancienne cicatrice de trachéotomie. Intervention par les voies naturelles. Guérison. — 4. BÉCO. *a)* Fibrome de l'amygdale; *b)* Tumeur volumineuse des fosses nasales enlevée par les voies naturelles. — 5. HENNEBERT. *a)* Présentation de malades; *b)* Tumeur téléangiectasique du conduit auditif. — 6. BUYS. Présentation de pièces anatomiques. — 7. LAURENT. Présentation de pièces anatomiques. — 8. P. MEYJES. *a)* Un cas de nouveau conchotome; *b)* Un cas de glandule thyroïdienne accessoire de la base de la langue. — 9. SCHLEICHER. Démonstration de la seringue aseptique du Prof. JACOBSON. — 10. BOLAND. De l'utilité d'un examen et d'un traitement soigneux de l'oreille dans les fractures du crâne. — 11. BROECKAERT. Carie étendue du temporal avec vaste phlegmon diffus du cuir chevelu: opération, guérison. — 12. CAPART. Du traitement des sinusites maxillaires. — 13. JACQUET. *a)* De l'adénotomie dans la première enfance; *b)* Quelques mots sur l'anesthésie au bromure d'éthyle; *c)* Extraction d'un corps étranger du larynx. — 14. MOURY. La restauration prothétique dans les interventions chirurgicales de la face. — 15. NATIER. Deux cas de mycosis bénin de l'arrière gorge. — 16. OLIVIER. Note sur l'aphonie et la dysphonie nerveuse.

Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Revue de stomatologie* publiée sous la direction du D<sup>r</sup> L. CREET.

Le 2 mai dernier est décédé, à Vienne, le directeur de l'Institut israélite des sourds-muets, JOEL DEUTSCH, qui fut le premier, en Autriche, à pratiquer l'enseignement des sourds-muets par la méthode orale.

## ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

Le 5 mai 1899, a eu lieu la 44<sup>e</sup> réunion de l'Association de la Presse médicale, sous la présidence de M. le D<sup>r</sup> CÉZILLY, Syndic. Vingt-six personnes y assistaient

1<sup>o</sup> *Nominations.* — Ont été élus membres de l'Association : M. le Prof. COMBEMALE (de Lille), rédacteur en chef de l'*Echo médical* du

Nord; M. SAINT-HILAIRE, rédacteur en chef des *Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*; M. le Dr PÉRIER, rédacteur en chef des *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*;

2<sup>o</sup> *Candidatures*. — Sont nommés rapporteurs des candidatures de M. le Dr Pozzi, directeur de la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, et de M. le Prof. BUBIN, rédacteur en chef de l'*Obstétrique*; MM. les Dr OLIVIER et BLONDEL;

3<sup>o</sup> *Elections des deux Syndics*. — Ont été élus Syndics, à l'unanimité, MM. les Dr LABORDE et J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Le Conseil de l'Université de Lille vient de désigner le Dr GAUDIER, comme chargé du cours complémentaire de laryngologie et d'otologie, récemment créé à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de cette Université.

La Société américaine de laryngologie, rhinologie et otologie a tenu sa 52<sup>e</sup> session annuelle, à Cincinnati, les 2 et 3 juin, sous la présidence du Dr S. E. SOLLY (Colorado Springs).

#### Programme

1. J. O. ROE (Rochester). Le larynx dans la tuberculose pulmonaire précoce. — 2. J. C. THOMPSON (Cincinnati). Dilatation du cœur coïncidant avec l'obstruction des voies aériennes supérieures. — 3. J. O. Mc KENZIE (Dallas). Développement simultané de papillomes multiples dans le pharynx de la mère et sur la langue de l'enfant. Examen microscopique. Ablation, traitement, pas de récurrence. — 4. G. L. RICHARDS (Fall River). Le nerf facial et les auristes. — 5. C. W. RICHARDSON (Washington). Asthme comme manifestation réflexe d'un abcès de l'antre. — 6. W. SCHEPPEGREGG (Nouvelle Orléans). Mucocèle du sinus maxillaire. — 7. H. L. WAGNER (San Francisco). Angine herpétique chez les enfants. — 8. J. M. RAY (Louisville). Observation de sarcome de l'amygdale. Opération. Récurrence. Mort. — 9. R. C. MYLES (New-York). Observations d'hémorragies traumatiques du nez et du pharynx. — 10. W. CHEATHAM (Louisville). Affections nasales déterminant certaines maladies des yeux. — 11. D. B. KYLE (Philadelphie). Traitement de quelques variétés de déviations nasales. — 12. PRICE BROWN (Toronto). Emploi d'attelles de caoutchouc dans le traitement consécutif aux opérations intra-nasales. — 13. G. H. MARZEN (Philadelphie). Anomalies de la parole imputables à des troubles cérébraux. — 14. H. H. CURTIS (New-York). Œdème nasal. — 15. F. B. TIFFANY (Kansas City). Salpingite des trompes d'Eustache. 16. M. D. LEDERMAN (New-York). Thrombose étendue du sinus latéral et de la jugulaire interne à la suite d'une otite moyenne suppurée aiguë. Ligature de la portion inférieure de la jugulaire interne. Guérison. — 17. J. F. Mc KERNON (New-York). Thrombose pyémique des sinus comme complication d'une mastoïde suppurée avec abcès ép duraux multiples, à la suite d'une opération d'otite moyenne aiguë. Guérison. — 18. G. LIBBY (Portland). Emploi de l'acétanilide dans l'otite moyenne suppurée aiguë et chronique. — 19. L. CLINE (Indianapolis). Pharyngomycose. — 20. A. B. DUEL (New-York). Valeur de la dilatation électrolytique des rétrécissements de la trompe d'Eustache dans l'otite moyenne catarrhale chronique et le catarrhe tubaire. — 21. W. A. MARTIN (San Francisco). Bruits dans la mastoïde consécutifs à une fracture de la base du crâne. — 22. W. C. PHILLIPS (New-York). a) Note préliminaire sur l'emploi de l'acide phénique pur dans le traitement des plaies mastoïdiennes et des otites moyennes suppurées chroniques; b) Thrombose du sinus latéral comme complication de l'otite moyenne suppurée aiguë.

Diagnostic précoce. Opération. Guérison; c) **Leptoméningite aiguë** au cours d'une otite moyenne suppurée aiguë. Perforation complète de la paroi crânienne au-dessus de la région du segment tympani. Mort. Autopsie. — 23. J. A. STUCKY (Lexington) Excision des amygdales et de végétations adénoïdes suivie de mort. — 24. W. L. CULBERT (New-York). Asthme réflexe de certaines affections nasales. — 25. S. F. SNOW (Syracuse). Céphalée et tic douloureux au cours des sinusites. — 26. W. S. REXNER (Buffalo). Syphilis tertiaire naso-pharyngienne. — 27. F. C. COBB (Boston). Observations de kystes dentifères du maxillaire supérieur. — 28. T. H. HALSTED (Syracuse). Absès des cellules ethmoïdales postérieures causant une exophtalmie prononcée.

---

Dans sa séance du 25 avril dernier, la *Société autrichienne d'otologie* a décidé la fondation d'une bibliothèque qui sera logée dans le local de la clinique du Prof. GRUBER, à l'hôpital général.

Les spécialistes sont priés de vouloir bien adresser leurs travaux au Prof. GRUBER, I Freyung, 7, à Vienne, pour la *Société autrichienne d'otologie*. Le *Monatschrift für Ohrenheilkunde* publiera les titres des articles et les noms des donateurs.

---

**VIN DE CHASSAING** (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

**BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES**. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

**PHOSPHATINE FALIÈRES**. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

**POUDRE LAXATIVE DE VICHY** (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

**L'EAU DE LA BOURBOULE** est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

**GRAINS DE CÈBER**. **POUDRE MANUEL**. **GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS**

**L'EAU DE GUBLER**, **CHATTEL-GUYON**, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

**CHAMPAGNE RUPETIQUE DE CHOUERY**. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

**SIROPS LAROZE IODURÉS**. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

**SIROPS LAROZE BROMURÉS**. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Abscesses of the cerebellum from infection through the Labyrinth : their diagnosis and treatment, including a study of four cases (Abscès cérébelleux par infection labyrinthique : diagnostic et traitement avec quatre observations), par J. ORNE GREEN (Extrait de *The American Journ. of med sciences*, avril 1899).

Nasendouche. Nasenparasiten. Nasengeschwülste. Nasenschleimhauthypertrophie. Nasensteine. Nasenstenose. Nasensyphilis. Nasenuntersuchung (Douche nasale. Parasite du nez. Tumeurs nasales. Hypertrophie de la muqueuse nasale. Rhinolithes. Sténose nasale. Syphitis nasale. Examen du nez), par W. LUBLINSKI (Tiré à part de l'*Encyclopédie de Liebreich*, Bd 3, 1899).

Ueber eine Nebenwirkung der Terpinhydrats (Sur une action accessoire de l'hydrate de terpine), par W. LUBLINSKI (Tiré à part des *Therap. Monatsh.*, avril 1899).

Sulle lesioni dell'orechio da malaria (Sur les lésions de l'oreille dues à la malaria), par GA. FERRERI (Extrait de l'*Archivio ital. di otol., rin. e lar.*, fasc. 3, 1899).

Annuaire des eaux minérales, stations climatiques et sanatoria de la France et de l'étranger, suivi d'une nomenclature des établissements hydrothérapiques, par G. MORICE (Vol. de 300 p., prix, 4 fr. 50, Maloine, éditeur, Paris, 1899).

De la classification naturelle des angines, par C. SÉNAC LAGRANGE (Extrait des *Annales d'Hydrologie*, 1899).

Le rhume des foins, par J. GAREL (In-16 carré, de 96 p. cartonné, prix, 1 fr. 50, J. B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1899).

I Statistique pour l'année 1898 de la polyclinique, pour les maladies du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles, de Toulouse. — II. De la leucoplasie bucco-linguale. Coexistence d'un psoriasis lingual et cutané, par L. LACOMARRE (Broch. de 16 p., E. Privat, éditeur, Toulouse, 1899).

I. Tuberculosis of the upper air passages. Etiology (Etiologie de la tuberculose des voies aériennes supérieures). — II. Tuberculous infection of the lymphoid tissue in the Pharynx, with some Remarks on Laryngeal infection (Infection tuberculeuse du tissu lymphoïde pharyngien, avec quelques remarques sur l'infection laryngienne), par J. WRIGHT (Extraits du *N.-Y. med. Journ.*, 21 septembre 1895 et 26 septembre 1896).

Remarks on the etiology of nasal polypi (Remarques sur l'étiologie des polypes du nez), par J. WRIGHT (Extrait du *Laryngoscope*, avril 1899).

Ueber angeborenen Verschluss der hinteren Nasenöffnung : choanalatresie (Sur l'occlusion congénitale de l'orifice nasal postérieur : atrésie des choanes), par R. KAYSER (Tiré à part de la *Wiener klin. Rundschau*, n° 11, 1899).

Zur Frage der Posticus lähmung und über die Innervation de Kehlkopfes während der Athmung (Sur la question de la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs et sur l'innervation du larynx pendant la respiration), par A. KUTTNER et J. KATZENSTEIN (Tiré à part de l'*Archiv. f. Laryngol.*, Bd 9, h. 2, 1899).

Ueber eine Modification der Anlegung der Nähte bei der Uranoplastik behufs Schliessung erworbener Defecte (Sur une modification dans la pose des sutures pour l'uranoplastie dans les cas d'occlusion de lacunes acquises), par O. CHIARI (Tiré à part de la *Wiener klin. Woch.*, n° 1, 1899).

I. Nogle Bemaerkninger om Perichondritis serosa auriculæ (Nouvelles remarques sur la périchondrite séreuse auriculaire) — II. To nye Tilfaelde af Perichondritis serosa auriculæ (Deux nouveaux cas de périchondrite séreuse auriculaire), par J. MÖLLER (Extrait des *Hospitalstidende*, n° 8, 1899).

Un nuovo strumento per la laringe (Un nouvel instrument pour le larynx), par G. GERONZI (Extrait du *Supplém. du Policlinico*, 1899).

International Directory of Laryngologists and Otologists (Répertoire international des laryngologistes et otologistes), par R. LAKE (Vol. de 110 pages, prix, 2 shelling 6 broché et 3 sh. 6 relié, The Rebman Publishing Company, Londres, 1899).

Le bain nasal, par J. G. A. DEPIERRIS (Broch. de 8 pages, imprimerie Hugonis, Paris, 1899).

Compte rendu clinique de l'Institut oto-rhino-laryngologique de Sienne pour l'année 1898, par O. LUNGHI (Broch. de 40 p. typog. S. Bernardino, Sienne, 1899).

Essai sur les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde et des cavités de l'oreille moyenne dans les otites suppurées chroniques, par E. LOMBARD (Broch. de 116 p. G. Steinheil, éditeur, Paris, 1899).

Mittheilungen aus der Praxis (Cas observés dans la pratique) : I. Ein Fall von Hydrorrhoea Nasalis (Un cas d'hydrorrhée nasale). — II. Primäre tuberculöse Affection der Epiglottis. Operation. Heilung (Affection tuberculeuse primitive de l'épiglotte. Opération Guérison). — III. Abscess der Nasenscheidewand (Absès de la cloison nasale), par W. NIKITIN (Tiré à part du *Monats. f. Ohrenh.*, n° 12, 1898).

La médication de Challes. Son action physiologique. Son action thérapeutique. Ses indications, par ROYER (Broch. de 92 p., impr. Savoisienne, Chambéry, 1899).

Considerazioni sopra le laringiti infantili in generale e sull'intubazione nella laringite postmorbillosa in particolare (Considérations sur les laryngites infantiles en général et sur l'intubation dans la laryngite consécutive à la rougeole en particulier, par A. FILÉ-BONAZZOLA et U. MELZI (Broch. de 32 p., P. Tamborini, éditeur, Milan, 1899).

Contribución al estudio del rinoscleroma (Contribution à l'étude du rhinosclérome), par J. F. GUTIÉRREZ (Broch. de 128 p., typog. Sanchez et de Guise, Guatemala, 1899).

Untersuchungen von Taubstummen (Examen de sourds-muets), par A. SCHWENDT et F. WAGNER (Broch. de 187 p. avec 10 tableaux, B. Schwabe, éditeur, Bâle, 1899).

I. La furunculose du conduit auditif (pathogénie, traitement), par DELSAUX et BUTS. — II. De l'examen ophtalmoscopique dans les affections purulentes de l'oreille, par E. DELSTANCHE (Rapports lus à la Soc. belge d'otol., lar. et rhin., 1899).

Le Gérant : G. MASSON.



# TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1899

(25<sup>e</sup> VOLUME 1<sup>re</sup> PARTIE)

## TABLE DES NOMS D'AUTEURS

### A

Agar (M.), 52, 606.  
Aguanno (A. d'), 232.  
Albespy (D.), 772.  
André, 92.  
Avellis (G.), 71, 630.

### B

Baber (E. Cresswell), 49, 606.  
Ballance (H. A.), 598.  
Bar (L.), 744, 754.  
Barnett (J. E. S.), 91.  
Barnick (O.), 90.  
Baron (B. J.), 603.  
Barth (A.), 504, 628.  
Batten (F. E.), 601.  
Beckmann, 505.  
Béclère (A.), 92.  
Bennet, 52.  
Berbineau, 793.  
Bergengrün (P.), 56.  
Bezold (F.), 54, 505.  
Biehl, 512.  
Blake (C. J.), 555.  
Bloch (E.), 504.  
Bonain (A.), 784.  
Bond, 605, 612.  
Bonnier (P.), 68, 69, 749.  
Borras y Torres (P.), 62.  
Botey (R.), 179, 568, 585.  
Bowlby, 611.  
Brieger (O.), 514.  
Bronner (A.), 62.

Brown (R. H.), 89.  
Bruck (F.), 620.  
Bruns (P.), 56.  
Buffnoir, 93.  
Bürger (H.), 57.  
Burnett (C. H.), 65.

### C

Caboche (H.), 748.  
Campagne, 57.  
Capart (A.), 537.  
Carpenter (T.), 87.  
Castex (A.), 57, 752, 790.  
Catté (G.), 57.  
Célos, 90.  
Chauveau, 91.  
Cheate (A.), 604, 607, 609, 615.  
Chiari (O.), 250.  
Claoué, 793.  
Collet, 756.  
Collinet (P.), 57, 584.  
Compaired (C.), 337.  
Connal (G.), 618.  
Couëtoux (L.), 191.  
Courtade (A.), 295.  
Craig (R. H.), 628.

### D

Delie (A.), 330.  
Dennert, 505.  
Didsbury (G.), 617.  
Dionisio (J.), 197.  
Dopter, 87.  
Dreyfuss (R.), 624.

## E

Egger (Léon), 590, 729.  
 Egger (Max), 67, 68, 69, 70.  
 Escat (E.), 771.  
 Eschweiler (R.), 614.  
 Ewing (A.), 60.

## F

Ferreri (Gh.), 405.  
 Fink (E.), 614, 625.  
 Forns (R.), 449.  
 Fraenkel (B.), 393.  
 Frankenberger (O.), 323, 626.  
 Friedenwald (H.), 60.  
 Furet (F.), 649.

## G

Garel (J.), 448, 702, 748.  
 Garnault (P.), 61.  
 Gaudier (H.), 754, 790.  
 Gavello (G.), 385.  
 Gellé (G.), 789.  
 Golbye, 66.  
 Gomez (V.), 58.  
 Gonguenheim (A.), 427.  
 Gouly, 86.  
 Gradenigo (G.), 262, 458.  
 Grant (J. Dundas), 50, 278, 503, 513,  
 607, 608.  
 Grossard, 771.  
 Grünwald (L.), 57, 551.  
 Guillain, 93.  
 Guinon (L.), 93.  
 Guye (A. A. G.), 126, 620.

## H

Habermann (J.), 71, 72, 508.  
 Hamm, 625.  
 Hammond (J.), 82.  
 Hamon du Fougeray, 423.  
 Hartmann (A.), 507.  
 Hang (R.), 511.  
 Hauser (G.), 616.  
 Heiman (T.), 429.  
 Hellmann, 506.  
 Heymann (P.), 55, 56.  
 Hill (W.), 51, 606.  
 Hoche, 770, 793.  
 Hoffmann (R.), 513.  
 Hopmann, 507.  
 Horne (W. J.), 596.

Howard, 77, 81.  
 Hunt (J. M.), 598.

## I

Ingersoll, 81.

## J

Jackson (G.), 600.  
 Jacques, 788.  
 Jankelevitch, 796.  
 Jansen, 509, 513.  
 Joal (J.), 789.  
 Joncheray, 79, 3.  
 Jordan (M.), 632.  
 Jurasz, 55.

## K

Katz (L.), 510, 511.  
 Kiaer (G.), 60.  
 Kirchner (W.), 513.  
 Klemperer (F.), 57.  
 Koerner (O.), 51.  
 Krause (H.), 401.  
 Krebs (G.), 616.

## L

Lacoarret (L.), 77.  
 Lacroix (P.), 78.  
 Lake (R.), 52, 605, 606, 608.  
 Landgraf, 57.  
 Lannois (M.), 12.  
 Lardennois, 628.  
 Laurens (G.), 16, 725, 772, 775.  
 Lavisé, 80, 778, 779.  
 Law (E.), 51.  
 Lawrence, 52.  
 Lemoine, 87.  
 Lermoyez (M.), 1, 288, 559, 766.  
 Lerner (A.), 618.  
 Lester (C.), 58.  
 Liaras, 763.  
 Lichtwitz (L.), 90.  
 Lombard (E.), 240.  
 Lubet-Barbon, 649.  
 Lublinski (W.), 349.  
 Luc (H.), 595, 763.  
 Ludewig, 616.  
 Lustgarten, 90.

## M

Mackenzie (G. Hunter), 627.  
 Mackenzie (Hector), 612.  
 Magro (F.), 80.  
 Mahu (G.), 739, 795.  
 Malherbe (A.), 755, 795.  
 Manasse, 509.  
 Marsh (P.), 62.  
 Marshall (G.), 91.  
 Masip, 47.  
 Massei (F.), 113, 602.  
 Massier (H.), 781.  
 Mccaw (J.), 79.  
 Meillon, 794.  
 Mendel (H.), 234.  
 Ménière (E.), 64.  
 Meyer (Edm.), 310.  
 Meyjes (W. P.), 626.  
 Mignon, 89.  
 Milligan (W.), 592.  
 Molinié (J.), 430, 770.  
 Molteni, 625.  
 Morestin (H.), 86.  
 Morpurgo (E.), 163.  
 Moure (E. J.), 751, 763, 791.

## N

Newman (D.), 594.  
 Nollenius, 513.  
 Noquet, 782.

## O

Oesch (A.), 55.  
 Oettinger, 627.  
 Onodi (A.), 464, 498.  
 Oppenheim, 88.  
 Ostino (G.), 370.  
 Ostmann, 506, 512.  
 Ouspenski (M.), 41, 43.

## P

Panse (R.), 509, 512.  
 Parker, 606.  
 Passow, 505.  
 Pegler, 50, 599.  
 Péraire (M.), 76, 89.  
 Phillips (W. C.), 629.  
 Pieniazek, 57.  
 Pilliet (A. H.), 76, 93.  
 Plicque (A. F.), 206.

Ponthière (L. de), 500.  
 Poole (W.), 624.

## R

Raoult (A.), 770, 786, 793.  
 Réthi (L.), 78.  
 Rice (C. C.), 623.  
 Ripault (H.), 33, 200.  
 Robinson (H. B.), 49.  
 Root (E. H.), 78.  
 Roquer Casadesus (J.), 631.  
 Rutten, 227.

## S

Santi (de), 612.  
 Scheibe (A.), 509.  
 Scheier (M.), 631.  
 Schiff (A.), 621.  
 Schiffers (F.), 158.  
 Schleicher (W.), 59.  
 Schmidt (M.), 521.  
 Semon (Sir Félix), 243.  
 Sharman, 51.  
 Simmonds, 59.  
 Smith (E. Fayette), 618, 626.  
 Smith (Maccuen), 63.  
 Smith (Munro), 613.  
 Sojo (F. de), 65.  
 Spiess (G.), 621.  
 Stein (S. von), 53.  
 Steiner (M.), 614.  
 Strauss, 567.  
 Strazza (G.), 461.  
 Symonds (C. J.), 52, 605.

## T

Texier (V.), 785.  
 Thiry (G.), 786.  
 Thomas (A.), 69.  
 Thomson (Saint Clair), 600, 602.  
 Thorne (A.), 51.  
 Thorner (M.), 627.  
 Tilley (H.), 610.  
 Tissier (P.), 168.  
 Todd (C.), 73.  
 Toeplitz (M.), 88.  
 Trautmann, 615.  
 Turner (L.), 82.

## U

Ulmann, 88.

## V

Vacher (L.), 30, 715.  
 Vehermann, 90.  
 Verdos (P.), 60.

## W

Wagenhäuser, 514.  
 Waggett (E.), 612.  
 Weismann, 792.  
 Whiting (F.), 64.

Willecks, 611.  
 Williams (W.), 604.  
 Wilson (C.), 67.  
 Wingrave (W.), 607, 609.  
 Wormser (E.), 94.

## Y

Yearsley (M.), 593.

## Z

Zaalberg, 615.

# TABLE DES MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
<b>Aguanno (A. d').</b> — Fibro sarcome angiomateux du pilier postérieur gauche chez un individu atteint d'un sarcome idio-pathique cutané (type Kaposi). . . . .	232
<b>Bar (L.).</b> — Du traitement post-opératoire des synéchies nasales. Emploi du carton d'amiante. . . . .	744
<b>Blake (C. J.).</b> — Relâchement du segment postéro-supérieur de la membrane du tympan. . . . .	555
<b>Botey (R.).</b> — Quelques petites modifications apportées aux canules à trachéotomie. . . . .	479
<b>Botey (R.).</b> — Otite moyenne suppurée chronique avec carie attico-antrale. Thrombo-phlébite du golfe de la veine jugulaire, propagée à la jugulaire interne jusqu'à son tiers inférieur. Ligature de la jugulaire interne à la base du cou, suivie d'extirpation de ce vaisseau dans presque toute son étendue. Trépanation de l'apophyse, de l'antré et de la caisse. Guérison. . . . .	568
<b>Botey (R.).</b> — De la réunion précoce de l'incision rétro-auriculaire après les trépanations mastoïdo attico-antrales. . . . .	585
<b>Capart (A.).</b> — Quelques considérations à propos du traitement de la syphilis des premières voies. . . . .	537
<b>Chiari (O.).</b> — Le sort final de mes malades atteints de cancer du larynx. . . . .	250
<b>Compairod (C.).</b> — Faits cliniques oto-rhino-laryngologiques curieux. . . . .	337
<b>Couëtoux (L.).</b> — Surdi-mutité et médecine. . . . .	191
<b>Courtade (A.).</b> — Du vertige de Ménière. . . . .	295
<b>Delie (A.).</b> — Considérations sur le traitement opératoire des polypes fibreux naso-pharyngiens. . . . .	330
<b>Dionisio (I.).</b> — Méthode pour augmenter l'efficacité du cathétérisme de la trompe et faciliter les injections de liquides dans la caisse. . . . .	197
<b>Egger (L.).</b> — Un corps étranger (épinge) du larynx. . . . .	590
<b>Egger (L.).</b> — Du réflexe binauriculaire. . . . .	729
<b>Ferreri (G.).</b> — Critique sur l'état de la chirurgie intra-tympanique dans les suppurations chroniques et les scléroses de l'oreille moyenne. . . . .	405
<b>Forns (R.).</b> — Contribution à l'étude de la pathologie de l'oreille moyenne. . . . .	449
<b>Fraenkel (B.).</b> — L'application par la voie cutanée de l'électricité dans les affections laryngiennes. . . . .	393
<b>Frankenberger (O.).</b> — Un cas de double rétrécissement du pharynx. . . . .	323
<b>Garel (J.).</b> — Nouvelle anse électrique pour l'ablation des végétations adénoïdes. . . . .	148

	Pages
<b>Garel (J.).</b> — La photographie stéréoscopique du larynx. . . . .	702
<b>Gavello (G.).</b> — Une méthode de plastique partielle du pavillon de l'oreille. . . . .	385
<b>Gouguenheim (A.).</b> — Abscès d'origine traumatique de la cloison nasale. . . . .	427
<b>Gradenigo (G.).</b> — Sur l'importance pratique de l'examen électrique du nerf acoustique dans le diagnostic des affections auriculaires. . . . .	263
<b>Gradenigo (G.).</b> — Méthode pour la notation uniforme des résultats de l'examen auditif. . . . .	458
<b>Grant (J. Dundas).</b> — La pratique de la turbinotomie appliquée au cornet inférieur. . . . .	278
<b>Grant (J. Dundas).</b> — Nouvelles indications pour l'opération de la turbinotomie antérieure. . . . .	503
<b>Grünwald (L.).</b> — Etudes sur les cellules de la sécrétion du nez et des sinus. . . . .	551
<b>Guye (A. A. G.).</b> — Un cas d'aproxexie nasale pure sans complication du côté de l'acuité auditive. . . . .	426
<b>Hamon du Fougeray.</b> — Des diverses méthodes d'ouverture spontanée, à l'extérieur des abcès mastoïdiens. Observation d'un cas d'ouverture en avant dans le conduit auditif externe. . . . .	423
<b>Heiman (T.).</b> — Sur la maladie de Ménière. . . . .	429
<b>Krause (H.).</b> — Quelques examens du larynx dans le tabès dorsal. . . . .	401
<b>Lannois (M.).</b> — Examen médico-légal de l'oreille de Vacher, le tueur de bergers. . . . .	42
<b>Laurens (G.).</b> — Deux cas de pyohémie otique sans participation apparente du sinus latéral. . . . .	46
<b>Laurens (G.).</b> — Ostéome des fosses nasales avec mucocèle fronto-maxillaire. Résection partielle du maxillaire supérieur, du tiers interne de l'arcade orbitaire et de l'ethmoïde. Trépanation du sinus frontal. Guérison. . . . .	725
<b>Lermoyez (M.).</b> — Le Jubilé des Annales. . . . .	1
<b>Lermoyez (M.).</b> — Pseudo-obstruction nasale chez une hystérique. . . . .	288
<b>Lermoyez (M.).</b> — Mastoïdite de Bezold chez un nouveau-né. . . . .	559
<b>Lombard (E.).</b> — Remarques sur les indications opératoires dans les otites moyennes suppurées chroniques. . . . .	210
<b>Lubet-Barbon et F. Furet.</b> — Contribution à l'étude des sinusites fronto-maxillaires. . . . .	649
<b>Lublinski (W.).</b> — Quelques remarques sur l'étiologie du catarrhe chronique du larynx. . . . .	319
<b>Luc (H.).</b> — Contribution à l'étude de la mucocèle du sinus frontal, à propos d'un cas de cette affection compliquée d'hyperostose éburnante et de disparition du canal naso-frontal. . . . .	395
<b>Mahu (G.).</b> — Un cas d'otoplastie du pavillon chez un enfant. . . . .	739
<b>Massei (F.).</b> — Les affections parasymphilitiques du larynx. . . . .	413
<b>Mendel (H.).</b> — A propos des végétations adénoïdes. Lettre ouverte. . . . .	234
<b>Meyer (Edm.).</b> — Les rayons Röntgen en rhino-laryngologie. . . . .	310
<b>Molinié (J.).</b> — De l'occlusion membraneuse de la trachée. . . . .	430
<b>Morpurgo (E.).</b> — L'otologie et les praticiens. Quelques considérations. . . . .	163
<b>Onodi (A.).</b> — Contribution à l'étude des nerfs laryngiens. . . . .	464
<b>Onodi (A.).</b> — Contribution à l'étude nécroscopique des nerfs laryngiens. . . . .	498
<b>Ostino (G.).</b> — Une nouvelle méthode d'auscultation auriculaire pour le diagnostic des mastoïdites centrales. . . . .	370

	Pages
<b>Ouspenski (M.).</b> — Un cas d'influence réciproque d'une oreille malade sur une oreille normale. . . . .	41
<b>Ouspenski (M.).</b> — Un cas d'otite suppurée grippale accompagnée de cholestéatome et de mastoïdite. Guérison sans trépanation. . . . .	43
<b>Plicque (A. F.).</b> — L'électrisation dans les paralysies du larynx. . . . .	206
<b>Ponthière (L. de.).</b> — Corps étranger de la caisse du tympan. . . . .	500
<b>Ripault (H.).</b> — A propos du traitement du lupus du nez. . . . .	33
<b>Ripault (H.).</b> — Deux cas de chirurgie nasale. . . . .	200
<b>Rutten.</b> — Tumeur maligne du nez et de l'autre d'Highmore gauche. . . . .	227
<b>Schiffers (F.).</b> — Contribution à l'étude de l'action de la cocaïne. . . . .	158
<b>Schmidt (M.).</b> — Sur le diagnostic précoce et le traitement des anévrysmes de l'aorte. . . . .	521
<b>Semon (Sir Felix).</b> — Caillots sanguins simulant des néoplasmes du larynx. . . . .	241
<b>Strazza (G.).</b> — Contribution à la casuistique des tumeurs nasales. Volumineux ostéome de l'ethmoïde (narine gauche). . . . .	461
<b>Tissier (P.).</b> — De l'individualité du système ethmoïdal. Considérations tirées de l'anatomie comparée et normale, de l'embryologie, de la physiologie normale et pathologique et de la pathologie. . . . .	168
<b>Vacher (L.).</b> — Traitement des otites suppurées aiguës et chroniques par le formol. . . . .	30
<b>Vacher (L.).</b> — Sur les végétations adénoïdes chez l'adulte. . . . .	715

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

### Oreille

	Pages
Abcès du cerveau d'origine auriculaire, par <b>P. Marsh</b> . . . . .	62
Abcès cérébral extra dural, d'origine auriculaire avec thrombose du sinus latéral, sans ouverture du sinus; opération, guérison, par <b>A. Bronner</b> . . . . .	62
Abcès sous-dure mérien avec abcès du lobe temporal, par <b>C. H. Burnett</b> . . . . .	65
Abcès mastoïdiens (Des divers modes d'ouverture spontanée à l'extérieur des) Observation d'un cas d'ouverture en avant dans le conduit auditif externe, par <b>Hamon du Fougeray</b> .	423
Abcès extra-dural otitique (Mélancolie à la suite d'un), par <b>Biehl</b> . . . . .	512
Affections de l'oreille traitées durant les années 1893-96 (Compte rendu statistique des), par <b>F. Bezold</b> . . . . .	54
Affection de l'oreille consécutive à l'endocardite, par <b>J. Habermann</b> . . . . .	71
Affection de l'oreille d'apparence embolique, par <b>J. Habermann</b> .	508
Ankylose de l'étrier, par <b>J. Habermann</b> . . . . .	598
Ankylose de l'étrier (Traitement opératoire de l'), par <b>Noltenius</b> . . . . .	513
Ankylose de l'étrier (Sur le traitement de l'), par <b>Dundas Grant</b> . . . . .	513
Association médicale britannique. Session de 1898. Compte rendu de la section otologique. . . . .	592
Audition déterminée dans des propositions correctes, par <b>F. Bezold</b> . . . . .	505
Audition (Sur la théorie de l'), par <b>Beckmann</b> . . . . .	505
Bourdonnements d'oreille, par <b>R. Panse</b> . . . . .	512
Bruit auriculaire objectif (Contractions cloniques des muscles palatins avec), par <b>G. Avellis</b> . . . . .	71
Carcinôme épithélial primitif de l'oreille moyenne, avec altérations labyrinthiques secondaires, par <b>Manasse</b> . . . . .	509
Cathétérisme de la trompe (Méthode pour faciliter les injections de liquides dans la caisse et augmenter l'efficacité du), par <b>J. Dionisio</b> . . . . .	197
Cellules ganglionnaires dans la région des cellules auditives internes chez les souris nouveau nées, par <b>L. Katz</b> . . . . .	511
Chirurgie intra-tympanique dans les suppurations chroniques et les scléroses de l'oreille moyenne (Critique sur l'état de la), par <b>G. Ferreri</b> . . . . .	405
Chirurgie de l'oreille (L'antisepsie dans la), par <b>A. H. Cheatle</b> .	615



	Pages
Ciseau-sonde pour l'oreille, par <b>G. Kiaer</b> . . . . .	60
Clinique des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge de l'Université Impériale de Moscou, fondée par M <sup>me</sup> Bazanowa. Description par <b>S. von Stein</b> . . . . .	53
Coloboma de la stria malleolaris de la membrane tympanique, par <b>L. Katz</b> . . . . .	510
Communications acoustiques pour résoudre des questions otologiques, physiologiques et pratiques, par <b>Dennert</b> . . . . .	505
Corps étranger de l'oreille, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	340
Corps étranger de la caisse du tympan, par <b>L. de Ponthière</b> . . . . .	500
Corps étranger de l'oreille, par <b>E. Fink</b> . . . . .	614
Corps étranger de la trompe d'Eustache (Un cas de), par <b>Trautmann</b> . . . . .	615
Eczéma du conduit, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	337
Empyème mastoïdien avec absence des symptômes habituels, par <b>Maccuen Smith</b> . . . . .	63
Epanchement sanguin dans la caisse du tympan (Deux cas d'), par <b>P. Verdos</b> . . . . .	60
Epithélioma du pavillon et du conduit, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	338
Epreuve de l'ouïe des oreilles malades (Schéma pour uniformiser l'), par <b>A. Barth</b> . . . . .	504
Epreuves de l'ouïe (Rapport sur les), par <b>P. Bonnier</b> . . . . .	749
Examen auditif (Méthode pour la notation uniforme des résultats de l'), par <b>G. Gradenigo</b> . . . . .	458
Examen fonctionnel du conduit auditif, par <b>Eschweiler</b> . . . . .	614
Exostoses du conduit auditif externe (Quelques considérations sur les), par <b>Noquet</b> . . . . .	782
Faits cliniques oto-rhino-laryngologiques, curieux, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	337
Fonctions auditives (Nomenclature uniforme pour les résultats obtenus en essayant les), par <b>E. Bloch</b> . . . . .	504
Hygiène de l'oreille, par <b>O. Kørner</b> . . . . .	54
Hystérie de l'oreille (L'), par <b>A. Castex</b> . . . . .	752
Labyrinthe (Dissociations fonctionnelles dans deux cas d'affections du), par <b>M. Egger</b> . . . . .	69
Labyrinthe (Rapports anatomiques et fonctionnels entre le cer- velet et le), par <b>A. Thomas</b> et <b>P. Bonnier</b> . . . . .	69
Labyrinthe chez le torpédo cellata (Développement du), par <b>Hellmann</b> . . . . .	506
Lésions de l'oreille produites par des balles détonantes, par <b>Wagenhäuser</b> . . . . .	514
Limaçon (Que pouvons-nous entendre sans), par <b>A. Gsch.</b> . . . .	55
Maladie de Ménière (Sur la), par <b>T. Heiman</b> . . . . .	129
Maladies de l'oreille moyenne (Traitement thyroïdien des), par <b>M. Yearsley</b> . . . . .	593
Massage vibratoire du tympan (Un mot sur le), par <b>W. Schleicher</b> . . . . .	59
Massage de l'oreille (Recherches expérimentales sur le), par <b>Ostmann</b> . . . . .	512
Mastoïdite aiguë (Critique de la méthode de Schwartze dans le traitement de la), par <b>P. Garnault</b> . . . . .	61
Mastoïdite de Bezold. Trépanation; guérison avec intégrité du tympan et audition normale, par <b>E. Ménière</b> . . . . .	64
Mastoïdites centrales (Une nouvelle méthode d'auscultation auriculaire pour le diagnostic des), par <b>G. Ostino</b> . . . . .	370
Mastoïdite de Bezold chez un nouveau né, par <b>M. Lermoyez</b> . . . . .	559
Mastoïdites aiguës s'ouvrant dans le conduit (Des), par <b>Weissmann</b> . . . . .	792

	Pages
Mento-phénol cocaïné en oto-rhino-laryngologie (De l'emploi du), par <b>A. Bonain</b> . . . . .	784
Myxoedème avec troubles de l'ouïe (Un cas de), par <b>Connal</b> . .	618
Néoplasme du pavillon, par <b>R. Haug</b> . . . . .	511
Nerfs de la sensibilité générale (La perception de l'irritant sonore pour les), par <b>M. Egger</b> . . . . .	68
Nerfs de la sensibilité générale (Les voies conductrices de l'irritant sonore pour les), par <b>M. Egger</b> . . . . .	67
Nerf acoustique dans le diagnostic des affections auriculaires (Sur l'importance pratique de l'examen électrique du), par <b>G. Gradenigo</b> . . . . .	262
Noma de l'oreille (Un cas de), par <b>Munro Smith</b> . . . . .	613
Opération radicale (Transplantation cutanée dans l'), par <b>Janzen</b> . . . . .	513
Opération radicale dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par <b>G. Krebs</b> . . . . .	616
Ophthalmoplégie labyrinthique dans les tabès à localisation bulbaire (Sur l'), par <b>M. Egger</b> . . . . .	70
Oreille de Vacher, le tueur de bergers (Examen médico légal de l'), par <b>M. Lannois</b> . . . . .	12
Oreille normale (Un cas d'influence réciproque d'une oreille malade sur une), par <b>M. Ouspenski</b> . . . . .	41
Oreille humaine (Effet de l'air comprimé sur l'), par <b>C. Lester et V. Gomez</b> . . . . .	58
Oreille moyenne (Contribution à l'étude de la pathologie de l'), par <b>R. Forns</b> . . . . .	449
Orientation objective et orientation subjective, par <b>P. Bonnier</b> .	68
Orientation auditive; un cas de destruction unilatérale de l'appareil vestibulaire, avec conservation de l'appareil cochléaire (De l'), par <b>M. Egger</b> . . . . .	68
Ossselets de l'oreille (Ablation des), par <b>H. Friedenwald</b> . . .	61
Ostéome de la région mastoïdienne, par <b>Borras y Torres</b> . . .	62
Otitis suppurées aiguës et chroniques traitées par le formol, par <b>L. Vacher</b> . . . . .	30
Otite suppurée grippale accompagnée de cholestéatome et de mastoïdite. Guérison sans trépanation (Un cas d'), par <b>M. Ouspenski</b> . . . . .	43
Otitis grippales, par <b>Masip</b> . . . . .	47
Otite suppurée (La gaze iodoformée dans l'), par <b>Ewing</b> . . .	60
Otite moyenne suppurée chronique (Lésions septiques suppuratives du canal et des sinus latéraux dans l'), par <b>F. de Sojo</b> .	65
Otite moyenne compliquée de paralysie oculaire, par <b>J. Habermann</b> . . . . .	72 et 508
Otitis moyennes suppurées chroniques (Remarques sur les indications opératoires dans les), par <b>E. Lombard</b> . . . . .	210
Otite moyenne hémorragique aiguë, par <b>C. Compaired</b> . . . .	338
Otite moyenne chez les enfants, par <b>A. Hartmann</b> . . . . .	507
Otite moyenne suppurée aiguë avec rupture à travers le labyrinthe dans la cavité crânienne, par <b>R. Panse</b> . . . . .	509
Otite moyenne suppurée aiguë (Rupture de l'oreille interne dans l'), par <b>A. Scheibe</b> . . . . .	509
Otite externe aiguë (Traitement de l'), par <b>R. Haug</b> . . . . .	511
Otitis moyennes suppurées chroniques avec tumeurs malignes consécutives, par <b>Kirchner</b> . . . . .	513
Otite moyenne suppurée chronique avec carie attico-antrale. Thrombo-phlébite du golfe de la veine jugulaire, propagée à la jugulaire interne jusqu'à son tiers inférieur. Ligature de la jugulaire interne à la base du cou, suivie d'extirpation de ce	

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

819

	Pages
vaisseau dans presque toute son étendue. Trépanation de l'apophyse, de l'antre et de la caisse. Guérison, par <b>R. Botey</b> . . .	568
Otite moyenne des nourrissons (Conséquences de l'), par <b>M. Steiner</b> . . .	614
Otite moyenne suppurée chronique (Traitement chirurgical de l'), par <b>Ludewig</b> . . .	616
Otite avec méningite cérébro-spinale consécutive par <b>G. Hauser</b> . . .	617
Otite moyenne chronique suppurée avec mastoïdite. Trépanation : ouverture accidentelle du sinus latéral. Phlébite suppurée. Ligature de la jugulaire. Curettage du sinus. Evidement du rocher. Guérison, par <b>G. Laurens</b> . . .	463 772
Otologie et les praticiens. Quelques considérations (L'), par <b>E. Morpurgo</b> . . .	463
Otologie et surdi-mutité, par <b>Passow</b> . . .	565
Otoplastie du pavillon chez un enfant (Un cas d'), par <b>G. Mahu</b> . . .	739
Pièces présentées par <b>J. Habermann</b> . . .	72
Pince coupante nouvelle pour les polypes de l'oreille, par <b>Zaaleb-berg</b> . . .	615
Plastique partielle du pavillon de l'oreille (Une méthode de), par <b>G. Gavello</b> . . .	385
Pyohémie otique sans participation apparente du sinus latéral, par <b>G. Laurens</b> . . .	46
Rainures normales et ouvertures de l'enclume, par <b>L. Katz</b> . .	510
Réflexe binauriculaire (Du), par <b>L. Egger</b> . . .	729
Rein chez les enfants athrepsiques (Lésions du), par <b>Simmonds</b> . .	59
Relâchement du segment postéro-supérieur de la membrane du tympan, par <b>C. J. Blake</b> . . .	555
Séquestre renfermant le canal facial, par <b>R. Panse</b> . . .	509
Société médico-pharmaceutique des saints Côme et Damien. Compte rendu . . .	47
Société allemande d'otologie. Compte rendu de la 7 <sup>e</sup> session . .	504
Société française d'Otologie et Laryngologie. Compte rendu par <b>H. Caboche</b> . . .	748
Suppurations de l'oreille moyenne (Quelques observations d'antrectomie pour le traitement des), par <b>W. Milligan</b> . . .	592
Suppurations de l'oreille moyenne (Curettage pour les), par <b>G. Jackson</b> . . .	600
Surdi-mutité et médecine, par <b>L. Couëtoux</b> . . .	491
Surdi-mutité et végétations adénoïdes, par <b>E. F. Smith</b> . . .	618
Surdité labyrinthique consécutive aux oreillons ; guérison par la pilocarpine, par <b>Gollye</b> . . .	66
Surdité nerveuse dans la diphtérie, par <b>C. Wilson</b> . . .	67
Surdité tabétique (Sur la), par <b>Lerner</b> . . .	618
Syphilis tertiaire de l'oreille ; gomme du conduit auditif externe, par <b>G. Didsbury</b> . . .	617
Tenseur du tympan (Sur l'excitabilité réflexe par les ondes sonores du), par <b>Ostmann</b> . . .	506
Tenseur du tympan, replis muqueux avec formation de lacunes et granulations isolées, par <b>L. Katz</b> . . .	510
Thromboses pyohémiques du sinus (Contribution à la symptomatologie et au traitement des), par <b>Whiting</b> . . .	64
Thrombose isolée du bulbe de la jugulaire et thrombose du sinus et de la veine jugulaire, par <b>R. Hoffmann</b> . . .	513
Thrombose septique du sinus latéral due à l'infection streptococcique. Absès secondaire. Opération. Guérison, par <b>Ballance</b> .	598
Trépanations mastoïdo-attico antrales (De la réunion précoce de l'incision rétro-auriculaire après les), par <b>R. Botey</b> . . .	585

	Pages
Tubage de l'oreille moyenne dans l'évidement pétro-mastoldien (Du), par <b>A. Malherbe</b> . . . . .	755
Tuberculose de l'oreille moyenne, par <b>Gaudier</b> . . . . .	790
Tumeur tuberculeuse du pavillon, par <b>Strauss</b> . . . . .	507
Tumeur intra-tympanique, par <b>Jansen</b> . . . . .	509
Vertige de Ménière. (Du), par <b>A. Courtade</b> . . . . .	295

### Nez et Sinus

Abcès d'origine traumatique de la cloison nasale, par <b>A. Gouguenheim</b> . . . . .	427
Acné hypertrophique du nez formant une énorme tumeur. Ablation. Autoplastie Guérison, par <b>M. Péraire et Pilliet</b> . . . . .	76
Adéno-carcinôme du nez, par <b>M. Thorner</b> . . . . .	627
Affection maligne du nez chez un vieillard, par <b>Bond</b> . . . . .	612
Anosmie (Rapport sur l'), par <b>Collet</b> . . . . .	756
Aprosexie nasale pure sans complication du côté de l'acuité auditive (Un cas d'), par <b>Guye</b> . . . . .	126
Cathétérisme du sinus frontal, par <b>M. Scheier</b> . . . . .	631
Chirurgie nasale (Deux cas de), par <b>H. Ripault</b> . . . . .	200
Corps étrangers du nez, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	352
Corps étranger (tube d'argent) dans l'antre d'Highmore. Radiographie, par <b>Cheatle</b> . . . . .	609
Corps étrangers des fosses nasales, par <b>Albespy</b> . . . . .	772
Dent inversée dans les fosses nasales (Un cas de), par <b>W. P. Meyjes</b> . . . . .	626
Déviation de la cloison nasale (Nouveau procédé de traitement par le morcellement des), par <b>A. Malherbe</b> . . . . .	795
Dyslalie (Cas de), par <b>Dundas Grant</b> . . . . .	50
Eléphantiasis du nez, compliqué d'épithélioma traité par la dé-cortication (Un cas d'), par <b>H. Ripault</b> . . . . .	203
Emphysème unilatéral de la région fronto-orbitaire dû à l'action de se moucher, par <b>Joncheray</b> . . . . .	753
Empyème frontal (Diagnostic de l'), par <b>Gouly</b> . . . . .	86
Empyème de l'antre guéri par les irrigations au moyen du trocart et de la canule de Lichtwitz, par <b>Dundas Grant</b> . . . . .	608
Empyème chronique de l'antre. Ablation du cornet antérieur avec le trocart de Krause, par <b>Dundas Grant</b> . . . . .	608
Empyèmes du sinus frontal (Traitement opératoire des), par <b>A. Barth</b> . . . . .	628
Ensellure hérédéo-syphilitique du nez (Un cas d'), par <b>Cettinger</b> . . . . .	627
Epistaxis névropathique (De l'), par <b>E. Fink</b> . . . . .	625
Epithéliome primitif de l'antre d'Highmore, par <b>W. C. Phillips</b> . . . . .	629
Eternuement paroxystique par hypertrophie des tissus situés au voisinage du tubercule de la cloison par <b>Cheatle</b> . . . . .	605
Fibrôme du sinus maxillaire avec empyème du sinus frontal, par <b>J. Hammond</b> . . . . .	82
Fibrômes de la base du crâne extirpés par une méthode nouvelle, par <b>M. Jordan</b> . . . . .	632
Fracture du cartilage triangulaire du nez (Opération pour corriger une difformité produite par la), par <b>Pegler</b> . . . . .	599
Galvanocautére dans les affections du nez, du pharynx et du larynx, par <b>C. C. Rice</b> . . . . .	623

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

821

Pages

Hémorragies des voies respiratoires au cours de la cirrhose du foie, par <b>R. Dreyfuss</b> . . . . .	624
Hydrorrhée nasale, par <b>Saint-Clair Thomson</b> . . . . .	601
Hydrorrhée nasale (Traitement rationnel de l'), par <b>M. Lermoyez</b> . . . . .	766
Hypertrophies de l'amygdale pharyngée (Diagnostic précoce des) . . . . .	79
Inflammations des cavités accessoires du nez (Étiologie des), par <b>Howard et Ingersoll</b> . . . . .	81
Interventions intra-nasales Une cause d'erreur dans l'examen de la perméabilité du nez et son importance pour les), par <b>F. Bruck</b> . . . . .	620
Lupus du nez (A propos du traitement du), par <b>H. Ripault</b> . . . . .	33
Méningocoque intra-cellulaire de Weichselbaum dans les fosses nasales de sujets non atteints de méningite, par <b>A. Schiff</b> . . . . .	621
Mucoële du sinus frontal, à propos d'un cas de cette affection compliquée d'hyperostose éburnante et de disparition du canal naso-frontal (Contribution à l'étude de la), par <b>H. Luc</b> . . . . .	395
Obstruction nasale (Attaque d'épilepsie par), par <b>E. H. Root</b> . . . . .	78
Obstruction nasale chez une hystérique (Pseudo), par <b>M. Lermoyez</b> . . . . .	288
Occlusion membraneuse congénitale de la partie postérieure du nez, par <b>L. Lacoarret</b> . . . . .	77
Ostéome des fosses nasales avec mucoële fronto-maxillaire. Résection partielle du maxillaire supérieur, du tiers interne de l'arcade orbitaire et de l'ethmoïde. Trépanation du sinus frontal. Guérison, par <b>G. Laurens</b> . . . . .	725
Ozène (La sérumthérapie de l'), par <b>Frankenberger</b> . . . . .	626
Ozène et sérum anti diphthérique, par <b>E. F. Smith</b> . . . . .	626
Ozène et sinusite, par <b>Jacques</b> . . . . .	788
Pince nasale, par <b>A. Hartmann</b> . . . . .	508
Polype naso-pharyngien, par <b>Lavisé</b> . . . . .	80
Polypes fibreux naso-pharyngiens (Considérations sur le traitement opératoire des), par <b>A. Delie</b> . . . . .	330
Polype malin du nez (Un cas de), par <b>H. Mackenzie</b> . . . . .	627
Polypes fibreux naso-pharyngiens enlevés par la voie palatine (A propos de trois cas de), par <b>E. J. Moure</b> . . . . .	791
Rayons Röntgen en rhino laryngologie (Les), par <b>Edm. Meyer</b> . . . . .	310
Rayons Röntgen au service de la rhino-chirurgie (Les), par <b>G. Spiess</b> . . . . .	621
Repli vestibulaire et aspiration des ailes du nez, par <b>Guye</b> . . . . .	620
Rhinite externe due au bacille Klebs-Löffler, apparaissant chez les enfants convalescents de la scarlatine (Une forme de), par <b>C. Todd</b> . . . . .	73
Rhinites et sinusites (Bactériologie des), par <b>Howard</b> . . . . .	77
Rhinite polypeuse (Traitement de la), par <b>L. Réthi</b> . . . . .	78
Rhinites hypertrophiques, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	341
Rhinite fibrineuse en rapport avec la diphthérie, par <b>J. M. Hunt</b> . . . . .	509
Rhinite chronique traitée par la glycérine pure, par <b>Molteni</b> . . . . .	625
Rhinite hypertrophique (Traitement sous muqueux de la), par <b>Hamm</b> . . . . .	625
Rhinolithes, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	351
Rhinolithe (Un cas de), par <b>W. Poole</b> . . . . .	624
Sarcôme intra-nasal, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	348
Sarcôme du nez, par <b>B. J. Baron</b> . . . . .	603
Sécrétion du nez et des sinus (Étude sur les cellules de la), par <b>L. Grünwald</b> . . . . .	551
Sinus du crâne avec quelques considérations sur l'anatomie chi-	

	Pages
rurgicale des sinus frontaux (De la transillumination des), par <b>L. Turner</b> . . . . .	82
Sinus accessoires du nez (Quelques nouveaux points relatifs aux), par <b>R. H. Craig</b> . . . . .	628
Sinusites frontales, par <b>M. Agar</b> et <b>W. Hill</b> . . . . .	52 et 606
Sinusites (Figures nasales pour l'enseignement des signes des), par <b>Dundas Grant</b> . . . . .	607
Sinusites fronto-maxillaires (Contribution à l'étude des), par <b>Lubet-Barbon</b> et <b>F. Furet</b> . . . . .	649
Sinusites (Contribution à l'histoire et à l'étude des), par <b>H. Luc</b> . . . . .	763
Sinusites maxillaires traitées chirurgicalement (A propos de 26 cas de), par <b>E. J. Moure</b> et <b>Liaras</b> . . . . .	763
Sinusite de la face et dégénérescence myxomateuse de la muqueuse nasale, traitée chirurgicalement et guérie (Pan), par <b>J. Molinié</b> . . . . .	770
Sinusite frontale aiguë purulente, d'origine traumatique, ayant déterminé un abcès sous-périosté médio-frontal, un vaste abcès extra-dural recouvrant les deux lobes frontaux et une thrombose de l'origine du sinus longitudinal supérieur. Trépanation du sinus frontal. Craniectomie. Guérison, par <b>G. Laurens</b> . . . . .	775
Sinusite frontale avec vaste diverticule sus-orbitaire : trépanation, récidive. Cure radicale par résection de toute la paroi antérieure du sinus, et de la majeure partie du plafond orbitaire, par <b>G. Laurens</b> . . . . .	778
Sinusite frontale chronique fongueuse fistulisée dans l'orbite avec exophtalmie considérable et abcès orbitaire. Cure radicale par résection de toute la table externe du sinus et de la moitié interne du plafond de l'orbite, par <b>G. Laurens</b> . . . . .	779
Sténose nasale due à une hyperostose du maxillaire et d'autres os, par <b>Bowly</b> . . . . .	611
Synéchies nasales. Emploi du carton d'amiante (Du traitement post opératoire des), par <b>L. Bar</b> . . . . .	744
Système ethmoïdal. Considérations tirées de l'anatomie comparée et normale, de l'embryologie, de la physiologie et de la pathologie (De l'individualité du), par <b>P. Tissier</b> . . . . .	168
Troubles de la parole et applications naso-pharyngées, par <b>J. Roquer Casadesus</b> . . . . .	631
Tuberculose nasale végétante (Un cas de), par <b>F. Magro</b> . . . . .	80
Tuberculose végétante de la fosse nasale droite traitée par la rhinotomie (Un cas de), par <b>H. Ripault</b> . . . . .	200
Tuberculose du maxillaire supérieur simulant un empyème de l'antre d'Highmore chez les enfants (De la), par <b>G. Avellis</b> . . . . .	630
Turbinotomie appliquée au cornet inférieur (La pratique de la), par <b>Dundas Grant</b> . . . . .	278
Turbinotomie antérieure (Nouvelles indications pour l'opération de la), par <b>Dundas Grant</b> . . . . .	503
Tumeur maligne du nez et de l'antre d'Highmore, par <b>Rutten</b> . . . . .	227
Tumeurs nasales. Volumineux ostéome de l'ethmoïde; narine gauche (Contribution à la casuistique des), par <b>G. Strazza</b> . . . . .	461
Tumeurs bilatérales de la cloison lymphoïdes et érectiles, par <b>Pegler</b> . . . . .	599
Tumeurs malignes des fosses nasales (Traitement des), par <b>E. J. Moure</b> . . . . .	751
Ulcération étendue du nez, par <b>W. Wingrave</b> . . . . .	609
Urticaire et odeurs, par <b>Joal</b> . . . . .	789
Végétations adénoïdes du pharynx, par <b>J. Mc Caw</b> . . . . .	79
Végétations adénoïdes (Nouvelle anse électrique pour l'ablation des), par <b>J. Garel</b> . . . . .	148

Végétations adénoïdes (A propos des). Lettre ouverte, par <b>H. Mendel</b> . . . . .	234
Végétations adénoïdes chez l'adulte (Sur les), par <b>L. Vacher</b> . . . . .	715
Végétations adénoïdes dans le larynx. Considérations diverses (Chute de), par <b>L. Bar.</b> . . . .	754
Végétations adénoïdes chez les adultes. Un cas d'adénoïdite avec poussées aiguës et laryngite sèche consécutive, par <b>Jankelévitch</b> . . . . .	796
Vertige nasal (Un cas de), par <b>P. Lacroix</b> . . . . .	78

**Bouche et pharynx.**

Amygdale (Un cas de production cornée de l'), par <b>A. Raoult et Hoche</b> . . . . .	793
Amygdalites ulcéro-membraneuses chancriformes (Des), par <b>A. Raoult et G. Thiry</b> . . . . .	786
Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles, par <b>Lemoine</b> . . . . .	87
Angine à bacilles fusiformes de Vincent (Sur un cas d'), par <b>Dopter</b> . . . . .	87
Calcul du canal de Wharton chez une enfant de 12 ans, par <b>M. Péraire</b> . . . . .	89
Chancre des amygdales, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	368
Diphthérie (Persistance du bacille de Loeffler dans la gorge des sujets atteints de), par <b>Ulmann et Oppenheim</b> . . . . .	88
Eruption pharyngée zostériforme chez un tabétique, par <b>E. Escat</b> . . . . .	771
Fibro-sarcome angiomateux du pilier postérieur gauche chez un individu atteint d'un sarcome idiopathique cutané (type Kaposi), par <b>A. d'Aguanno</b> . . . . .	232
Glossite, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	365
Hypertrophie de l'amygdale pharyngée en relation avec la tuberculose, par <b>O. Brieger</b> . . . . .	511
Hypertrophies des amygdales (Coupes d'), par <b>W. Wingrave</b> . . . . .	607
Hypertrophie du tissu lymphoïde de la paroi latérale du pharynx donnant l'aspect de quatre amygdales palatines, par <b>P. Collinet</b> . . . . .	784
Hypertrophie polypoïde de l'amygdale (Deux cas d'), par <b>V. Texier</b> . . . . .	785
Kyste du pharynx nasal, par <b>A. Cheatle</b> . . . . .	607
Lipôme du voile du palais (Gros), par <b>Bond</b> . . . . .	605
Mal perforant buccal, par <b>M. Mignon</b> . . . . .	89
Maxillaire supérieur gauche enfoncé dans le pharynx, par <b>Lardennois</b> . . . . .	628
Mycoses pharyngées (Les), par <b>M. Tœplitz</b> . . . . .	88
Mycosis pharyngien (Cas de), par <b>E. Law</b> . . . . .	51
Mycosis bucco-pharyngien, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	363
Nœvus du pilier postérieur, par <b>E. Waggett</b> . . . . .	612
Papillome sénile de l'amygdale gauche avec papillome pédiculé du pilier postérieur, par <b>Sharman</b> . . . . .	51
Papillome de l'amygdale, par <b>de Santi</b> . . . . .	612
Papillomes multiples des amygdales palatines et papillome de l'amygdale linguale (Cas de), par <b>A. Raoult et Hoche</b> . . . . .	770
Parésie du nerf facial droit et du voile du palais à la suite d'une suppuration du tympan, par <b>W. Hill</b> . . . . .	606

	Pages
Parotidite due à l'obstruction du canal de Sténon, par <b>R. H. Brown</b> . . . . .	89
Perforation tuberculeuse du voile du palais, par <b>Grossard</b> . . . . .	771
Pharyngite subaiguë des piliers antérieurs du voile du palais, par <b>Carpenter</b> . . . . .	87
Rétrécissement du pharynx (Un cas de double), par <b>O. Frankenberger</b> . . . . .	323
Sarcômes de l'amygdale, par <b>C. Compaired</b> et <b>Gaudier</b> . . . . .	369 et 754
Syphilis tertiaire ou tuberculeuse du voile du palais, par <b>Parker</b> . . . . .	606
Syringomyélie avec paralysie du côté droit du voile du palais, du pharynx et de la corde vocale droite, par <b>H. Tilley</b> . . . . .	610
Tumeur congénitale de la lèvre inférieure : angio-lymphangiome, par <b>H. Morestin</b> . . . . .	86
Tumeur maligne du voile du palais (Sur un cas de), par <b>Berbi-neau</b> . . . . .	793

### Larynx et Trachée.

Abcès du larynx, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	361
Affections catarrhales du larynx et de la trachée, par <b>P. Heymann</b> . . . . .	56
Affections parasitaires dans le larynx (Localisation des maladies de la peau et des), par <b>Klemperer</b> . . . . .	57
Affections du larynx au cours des infections aiguës, par <b>Landgraf</b> . . . . .	57
Affections parasymphilitiques du larynx (Les), par <b>F. Massei</b> . . . . .	113
Angiome du larynx (Gros), par <b>Bond</b> . . . . .	605
Atlas manuel des maladies du larynx, par <b>L. Grünwald</b> . Traduction française de A. Castex et P. Collinet . . . . .	57
Autoscope de Kirstein, par <b>Cresswell Baber</b> . . . . .	49
Blessures du larynx et de la trachée, par <b>Hopmann</b> . . . . .	56
Caillots sanguins simulant des néoplasmes du larynx, par <b>Sir Felix Semon</b> . . . . .	241
Cancer du larynx, par <b>Célos</b> et <b>Lusgarten</b> . . . . .	90
Cancer du larynx (Le sort final de mes malades atteints de), par <b>O. Chiari</b> . . . . .	250
Canules à trachéotomie (Quelques petites modifications apportées aux), par <b>R. Botey</b> . . . . .	179
Carcinome du larynx consécutif à une tuberculose de cet organe, par <b>H. B. Robinson</b> . . . . .	49
Catarrhe chronique du larynx (Quelques remarques sur l'étiologie du), par <b>W. Lublinski</b> . . . . .	319
Corps étrangers du larynx, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	363
Corps étranger (épingle) du larynx, par <b>L. Egger</b> . . . . .	590
Croup rubéolique guéri après 7 heures 1/2 de tubage (Un cas de), par <b>Chauveau</b> . . . . .	91
Dyspnée spasmodique (Cas de), par <b>Barnett</b> . . . . .	91
Électricité dans les affections laryngiennes (L'application par la voie cutanée de l'), par <b>B. Fraenkel</b> . . . . .	393
Épiglottite tuberculeuse, par <b>R. Lake</b> . . . . .	52
Épithélioma du larynx, par <b>B. J. Baron</b> et <b>C. J. Symonds</b> . . . . .	603 et 605
Eversion du ventricule, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	357
Œdème laryngé et paralysie par compression comme conséquence d'un anévrisme de la sous-clavière et de la carotide, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	360



Infiltrations infectieuses chroniques du larynx et de la trachée, par <b>Pieniazek</b> . . . . .	57
Laryngites dans les fièvres éruptives, par <b>G. Catti</b> . . . . .	57
Laryngite aiguë rhumatismale circonscrite, par <b>O. Barnick</b> . . . . .	90
Laryngite hypertrophique syphilitique d'origine héréditaire ou congénitale, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	353
Laryngite hypertrophique, par <b>Saint-Clair Thomson</b> . . . . .	602
Laryngite tuberculeuse après ablation d'une tumeur interaryténoïdienne, par <b>R. Lake</b> . . . . .	605
Laryngite tuberculeuse chez un enfant de 6 ans, par <b>R. Lake</b> . . . . .	607
Laryngite membraneuse, par <b>R. Lake</b> . . . . .	607
Laryngites hémorrhagiques, par <b>G. Gellé</b> . . . . .	789
Laryngo-pharyngite catarrhale chronique guérie par le traitement anti-syphilitique, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	356
Larynx dans le tabes dorsal (Quelques examens du), par <b>H. Krause</b> . . . . .	401
Lèpre du larynx et de la trachée, par <b>P. Bergengrün</b> . . . . .	56
Leucémie (Des altérations du larynx et de la trachée dans la), par <b>O. Barnick</b> . . . . .	90
Lupus du larynx, par <b>F. Massei</b> . . . . .	602
Lupus du larynx (Coupes de), par <b>W. Wingrave</b> . . . . .	607
Néoplasies malignes du larynx et de la trachée (Les), par <b>Jurasz et P. Bruns</b> . . . . .	55 et 56
Nerfs laryngiens (Contribution à l'étude des), par <b>A. Onodi</b> . . . . .	464
Nerfs laryngiens (Contribution à l'étude néroscopique des), par <b>A. Onodi</b> . . . . .	498
Nerf récurrent (Signes précoces de la compression du nerf vague et du), par <b>D. Newman</b> . . . . .	594
Occlusion membraneuse de la trachée (De l'), par <b>J. Molinié</b> . . . . .	430
Œdème aigu primitif à frigore des ventricules latéraux et des aryténoïdes et diphthérie sous-glottique typique, par <b>H. Massier</b> . . . . .	781
Pachydermie du larynx, par <b>R. Lake</b> . . . . .	607
Papillomes minuscules multiples du larynx, par <b>Dundas Grant</b> . . . . .	50
Papillome récurrent du larynx, par <b>Bond</b> . . . . .	612
Paralysie du larynx chez un homme ayant eu récemment plusieurs graves attaques épileptiformes associées au spasme du larynx, par <b>Thorne et Hill</b> . . . . .	51
Paralysies du larynx (L'électrisation dans les), par <b>A. F. Plicque</b> . . . . .	206
Paralysies laryngées (Quelques points particuliers des), par <b>Meillon</b> . . . . .	794
Parésie des abducteurs droits du larynx, par <b>Bennet</b> . . . . .	52
Parésie du côté gauche du larynx, par <b>Willcocks</b> . . . . .	611
Paresthésie laryngo-pharyngée et nasale, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	359
Phlegmon laryngien, par <b>Claoué</b> . . . . .	793
Photographie stéréoscopique du larynx (La), par <b>J. Garel</b> . . . . .	702
Polyclinique pour les affections du larynx de l'Université d'Amsterdam (Compte rendu de la), par <b>Burger et Campagne</b> . . . . .	57
Prolapsus double du ventricule de Morgagni, guéri par l'ablation (Un cas de), par <b>L. Lichtwitz</b> . . . . .	90
Sécrétion sur la corde vocale chez un chanteuse (Accumulation anormale de), par <b>Dundas Grant</b> . . . . .	50
Société Laryngologique de Londres. Comptes rendus . . . . .	49 et 602
Spasme du larynx (Nitroglycérine dans le), par <b>Marshall</b> . . . . .	91
Sténose laryngée syphilitique, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	354
Syphilis simulant la paralysie des abducteurs (Corde vocales immobilisées par la), par <b>H. B. Robinson</b> . . . . .	49

	Pages
Syphilis des premières voies (Quelques considérations à propos du traitement de la), par <b>A. Capart</b> . . . . .	537
Traité de Laryngologie et Rhinologie, par <b>P. Heymann</b> . . . . .	55
Tuberculose laryngée de forme végétante, par <b>C. Compaired</b> . . . . .	362
Tuberculose du larynx (Pathogénie et diagnostic précoce de la), par <b>J. Horne</b> . . . . .	595
Tuberculose laryngée (Méthode sclérogène dans la), par <b>A. Castex</b> . . . . .	796
Tumeur maligne de la région laryngo œsophagienne, par <b>Pegler</b> . . . . .	50
Tumeur sous glottique, par <b>Lawrence</b> . . . . .	52
Tumeurs volumineuses de l'épiglotte, lipôme et fibrôme (Deux cas de), par <b>J. Garel</b> . . . . .	748
Tumeurs et végétations du larynx (De l'ablation endo-laryngienne des), par <b>G. Mahu</b> . . . . .	795
Ulcération syphilitique avec périchondrite du larynx, par <b>C. J. Symonds</b> . . . . .	52
Voix rauque hystérique chez une femme de 32 ans, par <b>H. Mackenzie</b> . . . . .	612

### **Œsophage. — Corps thyroïde. — Varia.**

Anévrysmes de l'aorte (Sur le diagnostic précoce et le traitement des), par <b>M. Schmidt</b> . . . . .	521
Bec de lièvre exceptionnel, par <b>M. Agar</b> . . . . .	603
Cancer de l'œsophage avec paralysie d'une corde vocale, par <b>W. Williams</b> . . . . .	604
Cocaïne (Contribution à l'étude de l'action de la), par <b>F. Schiffrers</b> . . . . .	158
Epithélioma de la face à marche très lente, par <b>Pilliet et Guillaïn</b> . . . . .	93
Goltre plongeant, par <b>Guinon et Buffnoir</b> . . . . .	93
Goitre à la clinique chirurgicale de Berne (Les opérations de), par <b>E. Wormser</b> . . . . .	94
Kyste hydatique de la glande sous maxillaire, par <b>André</b> . . . . .	92
Paralysie spinale infantile avec participation du nerf facial (Un cas de), par <b>A. Béclère</b> . . . . .	92
Paralysie diphthérique (Pathogénie de la), par <b>Batten</b> . . . . .	601
Poche œsophagienne, par <b>Creswell Baber</b> . . . . .	606

### **Variétés**

Le Jubilé des Annales, par <b>M. Lermoyez</b> . . . . .	4
---	---

### **Indications bibliographiques.**

Oreille, 95.  
 Larynx et trachée, 100.  
 Nez et sinus, 108, 514, 633.  
 Pharynx et varia, 639, 797.

JUL 17 1916

---

SAINT-AMAND (CHER) — IMPRIMERIE DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES.

---